

## INORMATION MÉDICO DEL PACIENTE

### PACIENTE, FAMILIA E INFORMACIÓN SOCIAL

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Medico Primario \_\_\_\_\_ Medico Refirió \_\_\_\_\_

Razón de la remisión \_\_\_\_\_

¿Con quien vive? \_\_\_\_\_

¿Enumere al esposo, o los miembros de la familia que estarán implicados en su cuidado?

Nombre \_\_\_\_\_

Cuidad \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Enumere cualquier alergia \_\_\_\_\_

### La Historia Social

¿Usted fuma? Si  No  Parado  ¿Si fuma, cuanto tiempo? \_\_\_\_\_ ¿Cuántos paquetes por día? \_\_\_\_\_ ¿Si usted paró, cuanto tiempo hace? \_\_\_\_\_

¿Usted bebe el alcohol? Si  No  Parado  ¿Si, cuántas bebidas por día? \_\_\_\_\_ Si usted ha parado hace cuánto tiempo \_\_\_\_\_

¿Usted tiene una historia del abuso de drogas o de la droga del intravenoso? Si  No

¿Usted ha terminado una “Energía de Curable del abogado para el cuidado médico,” también conocido como un “Directorio Avanzado” o una “Voluntad que vivía”? \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No (Si sí, proporcione por favor una copia para su expediente médico en nuestra oficina)

### II.

**Padre:** Vive  Difunto  ¿Si es difunto en qué edad? Si difunto causa de muerte \_\_\_\_\_

**Madre:** Vive  Difunta  ¿Si es difunta en qué edad? \_\_\_\_\_ Si difunto causa de muerte \_\_\_\_\_

**Hermanos:** Si viven, cuantos \_\_\_\_\_ Numero de difuntos \_\_\_\_\_ Si difuntos a que edad \_\_\_\_\_

**Hermanas:** Si viven, cuantas \_\_\_\_\_ Numero de difuntas \_\_\_\_\_ Si difuntas a que edad \_\_\_\_\_

**Niños:** Si viven, cuantos \_\_\_\_\_ Numero de difuntos \_\_\_\_\_ Si difuntos a que edad \_\_\_\_\_

**Compruebe cualquier enfermedad que su padre, madre, hermanos, hermanas, o niños hayan experimentado:**

Enfermedad cardiaca  Desorden de la sangría  cáncer  Enfermedad de riñón  ataques al corazón  problemas del corazón  diabetes  convulsiones o epilepsia  enfermedad pulmonar  enfermedad de la arteria coronaria  colesterol alto  accidente cerebrovascular  muerte súbita cardíaca  la tuberculosis  varices  hipertensión

### HISTORIA MÉDICA

**Los exámenes de diagnóstico** – (lista de las pruebas de diagnóstico reciente, incluida la angiografía, ultrasonido o rayos X)

Nombre de la prueba/rayos x

Fecha

Donde Realizado

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## **HISTORIA MÉDICA**

**Historial médico:** por favor, revise las condiciones médicas graves que han sido tratados.

Aneurisma de la aorta  el trastorno de la válvula aórtica  arritmia  asma  cáncer  cardiopatía  enfermedad cardíaca congénita  insuficiencia cardíaca congestiva  COPD  la enfermedad coronaria  CVA  trombosis venosa profunda  la diabetes  las enfermedades gastrointestinales  enfermedades genitourinarias  ataque al corazón  enfermedad hematológica  hiperlipidemias  hipertensión  enfermedad renal  enfermedad hepática  trastornos de la válvula mitral  marcapasos  enfermedad arterial periférica  el problema de derrame cerebral  Tiroides  warfarina (Coumadin) la gestión  depresión

**La historia quirúrgica-** por favor, marque todas las condiciones médicas serias para el que han sido tratados.

**Operación**

**Fecha**

**Complicaciones**

---

---

---

**Revisión de los síntomas:** por favor revise las condiciones o síntomas que han experimentado

**Constitucional:**  fiebre  sudoración nocturna  cambios de peso (+/- \_\_\_ lbs)  intolerancia al ejercicio

**Los ojos:**  sequedad de ojos  irritación , cambios en la visión

**Los oídos:**  dificultad para oír  dolor de oído

**Nariz:**  hemorragias nasales frecuentes  problemas sinusales  secreción nasal  presión en los senos

**La boca / Garganta:**  dolor de garganta  sangrado de las encías  el ronquido  sequedad de boca  Úlceras en la boca  anomalías orales  dientes anomalías  la respiración bucal

**Cardiovascular:**  dolor en el pecho  dolor en el pecho con esfuerzo excesivo  dolor en el brazo de esfuerzo  mareos al ponerse de pie  Falta de aire al caminar  dificultad para respirar  palpitaciones  soplo en el corazón  dificultad para respirar al acostarse

**Respiratorias:**  tos  sibilancias  dificultad para respirar  tos con sangre  apnea del sueño

**Gastrointestinales:**  dolor abdominal  vómitos  cambios en el apetito  heces de color negro  diarrea frecuente

**Genitourinarios:**  pérdida de control urinario  dificultad para orinar  aumento de frecuencia urinaria  hematuria incompleta vacío

**Músculo esqueléticos de origen:**  dolores musculares  debilidad muscular  artritis / dolor en las coyunturas  dolor de espalda  hinchazón extremidades

**Piel:**  ictericia  sarpullido  hinchazón  comezón  sequedad de la piel  el crecimiento, / lesiones

**Neurológico:**  pérdida de conciencia  debilidad  entumecimiento  convulsiones  mareos  migrañas  dolores de cabeza frecuentes o graves  piernas inquietas

**Psiquiátricos:**  depresión  trastornos del sueño  alteraciones del sueño  el abuso del alcohol

**Endocrino:**  fatiga  sed creciente  caída del cabello  aumento de crecimiento del cabello  intolerancia al frío

