

Sexo  M  F Estado civil  S  C  V  D  Sep.

Motivo de la visita: \_\_\_\_\_

Cuándo fue su última vacuna contra el tétano: \_\_\_\_\_ ¿Se vacunó contra la gripe este año?  Sí  No

**Antecedentes médicos** (Marque todo lo que corresponda)

<b>Enfermedades infantiles</b>	<input type="checkbox"/> Fiebre reumática	<input type="checkbox"/> Paperas	<input type="checkbox"/> Escarlatina	<input type="checkbox"/> Varicela	<input type="checkbox"/> Poliomielitis	<input type="checkbox"/> Sarampión
<b>Antecedentes del paciente</b>	<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Hipertensión	<input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca	<input type="checkbox"/> Glaucoma	<input type="checkbox"/> Migraña
<input type="checkbox"/> Úlceras	<input type="checkbox"/> Colesterol alto	<input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular	<input type="checkbox"/> Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Enfermedad renal	<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Depresión
<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Enfermedad tiroidea	<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Osteoporosis	<input type="checkbox"/> Alcoholismo	<input type="checkbox"/> Convulsiones	<input type="checkbox"/> Enfermedad mental
<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Otros (detállelos)					

**Alergias a fármacos:** \_\_\_\_\_

**Medicamentos actuales** (incluidos suplementos y medicamentos sin receta): \_\_\_\_\_

**Última visita al médico:** \_\_\_\_\_ **Nombre del médico:** \_\_\_\_\_

**Hospitalizaciones:** \_\_\_\_\_

**Cirugías:** \_\_\_\_\_

**Antecedentes sociales**

Ocupación: \_\_\_\_\_ Horas/semana: \_\_\_\_\_ Satisfecho con el trabajo: \_\_\_\_\_

Alcohol: \_\_\_\_\_ bebidas por semana. Café/té \_\_\_\_\_ tazas/día

Tabaco: Fumar \_\_\_\_\_ cigarrillos/día. Cant. de años: \_\_\_\_\_. Año en que dejó de fumar: \_\_\_\_\_

Mascar tabaco \_\_\_\_\_ latas/semana. Cant. de años: \_\_\_\_\_. Año en que dejó de mascar tabaco: \_\_\_\_\_

Drogas de uso recreativo: \_\_\_\_\_ Última vez que usó: \_\_\_\_\_

¿Sigue una dieta en particular? (explique) \_\_\_\_\_

¿Hace ejercicio con regularidad? \_\_\_\_\_

**Antecedentes familiares:** (Si cualquier familiar ha sufrido cualquiera de las siguientes afecciones, marque e indique cuál familiar)

P: Padre. M: Madre. He: Hermano. Hi: Hijo. O: Otro familiar.

Diabetes <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> He <input type="checkbox"/> Hi <input type="checkbox"/> O	Enfermedad tiroidea <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> He <input type="checkbox"/> Hi <input type="checkbox"/> O	Alcoholismo <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> He <input type="checkbox"/> Hi <input type="checkbox"/> O
Hipertensión <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> He <input type="checkbox"/> Hi <input type="checkbox"/> O	Enfermedad cardíaca <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> He <input type="checkbox"/> Hi <input type="checkbox"/> O	Artritis <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> He <input type="checkbox"/> Hi <input type="checkbox"/> O
Asma <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> He <input type="checkbox"/> Hi <input type="checkbox"/> O	Colesterol alto <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> He <input type="checkbox"/> Hi <input type="checkbox"/> O	Convulsiones <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> He <input type="checkbox"/> Hi <input type="checkbox"/> O
Anemia <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> He <input type="checkbox"/> Hi <input type="checkbox"/> O	Osteoporosis <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> He <input type="checkbox"/> Hi <input type="checkbox"/> O	Glaucoma <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> He <input type="checkbox"/> Hi <input type="checkbox"/> O
Accidente cerebrovascular <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> He <input type="checkbox"/> Hi <input type="checkbox"/> O	Migraña <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> He <input type="checkbox"/> Hi <input type="checkbox"/> O	Cáncer <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> He <input type="checkbox"/> Hi <input type="checkbox"/> O

**Historia clínica n.º** \_\_\_\_\_ **Revisada por** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

Revisión de los sistemas: Marque cualquiera de los siguientes que haya experimentado en los últimos 3 meses

<b>General</b>	<b>Seno</b>	<b>Cardíaco</b>	<b>Neurológico</b>
<input type="checkbox"/> Fiebre o escalofríos	<input type="checkbox"/> Sensibilidad	<input type="checkbox"/> Dolor de pecho	<input type="checkbox"/> Dolor de cabeza
<input type="checkbox"/> Fatiga	<input type="checkbox"/> Secreción	<input type="checkbox"/> Tobillos hinchados	<input type="checkbox"/> Mareos
		<input type="checkbox"/> Pulso irregular	<input type="checkbox"/> Convulsiones
<b>Nutricional</b>	<b>Respiratorio</b>	<input type="checkbox"/> Dolor en las piernas al caminar	<input type="checkbox"/> Entumecimiento u hormigueo
<input type="checkbox"/> Pérdida de peso	<input type="checkbox"/> Tos	<input type="checkbox"/> Soplo cardíaco	<input type="checkbox"/> Temblores
	<input type="checkbox"/> Falta de aire	<input type="checkbox"/> Varices	<input type="checkbox"/> Debilidad muscular
<b>Piel</b>	<input type="checkbox"/> Asma/sibilancia	<input type="checkbox"/> Flebitis	<input type="checkbox"/> Desmayo
<input type="checkbox"/> Erupción cutánea/urticaria	<input type="checkbox"/> Neumonía		
<input type="checkbox"/> Psoriasis/eccema	<input type="checkbox"/> Bronquitis	<b>Urinario</b>	<b>Endocrino</b>
<input type="checkbox"/> Lunares nuevos		<input type="checkbox"/> Dolor al orinar	<input type="checkbox"/> Intolerancia al calor o al frío
	<b>Gastrointestinal</b>	<input type="checkbox"/> Pérdida de control de esfínteres	<input type="checkbox"/> Sed
<b>Ojos</b>	<input type="checkbox"/> Acidez estomacal	<input type="checkbox"/> Micción frecuente	<input type="checkbox"/> Micción frecuente
<input type="checkbox"/> Irritación y picazón de los ojos	<input type="checkbox"/> Náuseas/vómitos	<input type="checkbox"/> Micción >2 veces por noche	
<input type="checkbox"/> Dolor en los ojos	<input type="checkbox"/> Pérdida del apetito	<input type="checkbox"/> Disminución de la fuerza o el movimiento	<b>Psiquiátrico</b>
<input type="checkbox"/> Infecciones oculares	<input type="checkbox"/> Dificultad para tragar	<input type="checkbox"/> Sangre en la orina	<input type="checkbox"/> Dificultad para dormir
<input type="checkbox"/> Cambios en la visión	<input type="checkbox"/> Dolor abdominal (crónico)	<input type="checkbox"/> Cálculos renales	<input type="checkbox"/> Depresión
	<input type="checkbox"/> Cambio en los hábitos intestinales	<input type="checkbox"/> Infecciones en la orina	<input type="checkbox"/> Nerviosismo
<b>Oídos</b>	<input type="checkbox"/> Estreñimiento		<input type="checkbox"/> Pérdida de la memoria
<input type="checkbox"/> Dolor de oídos	<input type="checkbox"/> Diarrea	<b>Genital</b>	<input type="checkbox"/> Cambios en el estado de ánimo
<input type="checkbox"/> Chasquidos - presión	<input type="checkbox"/> Heces con sangre o alquitranadas	<input type="checkbox"/> Irritación/infección	<input type="checkbox"/> Enfermedad mental
<input type="checkbox"/> Zumbidos en los oídos	<input type="checkbox"/> Problemas de la vesícula biliar	<input type="checkbox"/> Secreción	<input type="checkbox"/> Fobias
<input type="checkbox"/> Infecciones de oído (frecuente)	<input type="checkbox"/> Ictericia	<input type="checkbox"/> Dificultades sexuales	
<input type="checkbox"/> Pérdida de la audición	<input type="checkbox"/> Hepatitis		<b>Hematología</b>
<input type="checkbox"/> Mareos	<input type="checkbox"/> Diverticulitis	<b>Musculoesquelético</b>	<input type="checkbox"/> Hematomas
	<input type="checkbox"/> Colitis	<input type="checkbox"/> Dolor articular	<input type="checkbox"/> Sangrado
<b>Nariz</b>	<input type="checkbox"/> Hemorroides	<input type="checkbox"/> Dolor de espalda	<input type="checkbox"/> Transfusiones de sangre (de por vida)
<input type="checkbox"/> Problemas en los senos	<input type="checkbox"/> Hernia	<input type="checkbox"/> Fractura ósea	<input type="checkbox"/> Agrandamiento de los ganglios linfáticos
<input type="checkbox"/> Secreción nasal fluida		<input type="checkbox"/> Lesión articular	
		<input type="checkbox"/> Gota	<b>Alergias/sistema inmunitario</b>
<b>Garganta</b>		<input type="checkbox"/> Dolor en los pies	<input type="checkbox"/> Alergias estacionales
<input type="checkbox"/> Dolor de garganta		<input type="checkbox"/> Pies fríos/entumecidos	<input type="checkbox"/> Enfermedades frecuentes
<input type="checkbox"/> Ronquera			

**MUJERES**

<b>Flujo menstrual</b>
<input type="checkbox"/> Regular Días de flujo _____ Duración de los ciclos _____
<input type="checkbox"/> Irregular <input type="checkbox"/> Dolor/sangrado durante o después de las relaciones sexuales
<input type="checkbox"/> Dolor/calambres
<b>Antecedentes obstétricos</b>
Cantidad de embarazos _____ Cantidad de hijos _____
Método anticonceptivo _____ Abortos espontáneos _____
Nombre de las píldoras anticonceptivas _____
<b>Síntomas de la menopausia</b>
Rubor
<b>Mantenimiento de la salud</b>
Fecha de la última prueba de Papanicolau <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal
Fecha de la última mamografía <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal

**HOMBRES**

Fecha del examen de próstata _____
Fecha del análisis de PSA _____
<b>HOMBRE Y MUJER</b>
¿Se ha realizado una colonoscopia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha: _____
Resultados: <input type="checkbox"/> Normales <input type="checkbox"/> Pólipos <input type="checkbox"/> Otros

Historia clínica n.º \_\_\_\_\_