



Formulario De Historia Medica De Paciente

Nombre Del Paciente: _____ **Fecha De Nacimiento:** _____

Estatura: _____ **Peso:** _____ **Farmacia Preferida:** _____

Proveedor Medico: _____ **Referido Por:** _____

Nombre todos los medicamento y suplementos actuales: nombre, dosis, frecuencia, razon

Esta tomando anticoagulants recetados? Si No Especificue _____

Estas tomando algun semaglutida? Ex. Ozempic, Trulicity, Monjaro, Wegovy Si No

Tienes algun historial de lo siguiente? (marque todo lo que corresponda)

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Dependencia de alcohol | <input type="radio"/> nefropatia |
| <input type="radio"/> Aneurisma Donde: | <input type="radio"/> Calculos Renales |
| <input type="radio"/> Arthritis: Reumatode/osteo | <input type="radio"/> Infeccion por SARM |
| <input type="radio"/> Asma/ Problemas respiratorios | <input type="radio"/> Dependencia de narcoticos |
| <input type="radio"/> Infecciones de huesos o articulaciones | <input type="radio"/> Marca Pasos |
| <input type="radio"/> Insuficiencia cardiaca congestiva | <input type="radio"/> Embolia Pulmonar |
| <input type="radio"/> enfermedad pulmonar obstructiva cronica | <input type="radio"/> Reacciones al tiop de anestesia: |
| <input type="radio"/> Trombosis venosa profunda | <input type="radio"/> Apnea del sueno |
| <input type="radio"/> Enfisema | <input type="radio"/> Ulceras del estomago |
| <input type="radio"/> Epilepsia/convulsion | <input type="radio"/> ataque |
| <input type="radio"/> Neflujo acido | <input type="radio"/> Tuberculosis |
| <input type="radio"/> Infarto | |
| <input type="radio"/> Hepatitis Tipo: | |
| <input type="radio"/> Colesterol Alto | |
| <input type="radio"/> HIV/AIDS | |
| <input type="radio"/> Hipertension | |
| <input type="radio"/> Hipotiroidismo | |
| <input type="radio"/> Hipertiroidismo | |

Tiene Alguna Alergia: Si No Por favor nombre a continuacion con las reacciones.

Por favor nombre todas sus cirugias anterioves:

- Appendectomy
- Cataract Surgery
- Cholecystectomy (Gallbladder)
- Heart Surgery
- Hernia Repair
- Hysterectomy
- LAP Band/Gastric Bypass
- Lumpectomy
- Cancer
- Mastectomy
- Pacemaker
- Stents
- Tonsillectomy
- OTHER:

Nombre todos los familiares directos que hayan tenido alguno de los siguientes trastornos.

(Madre, padre, Hermano, hermana, hijo) Diabetes, cardiopatia, hipertension, problemas de sangradom epilepsia, distrofia, muscular, ataque, osteoporosis, artritis reumetoide, cancer, thrombosis venosa profunda, embolia pulmonar, Muerte cardiaca temprana, trastorno hemorragico, problemas de anestesia.

Mambo de la familia _____ Trastorno _____

Membro de la familia _____ Trastorno _____

Membro de la familia _____ Trastorno _____

Membro de la familia _____ Trastorno _____

Membro de la familia _____ Trastorno _____

Membro de la familia _____ Trastorno _____

Historial social: (Circule Uno)

Mano dominante: Derecha Izquierda Ambidextro

Consumo de alcohol: Si No Si es asi, cuantas Bebidas por semana? _____

Fumar/Masticar tabaco: Si No Si es asi, con que frecuencia? _____

(Completa is corresponde)

Ocupacion actual: _____ **Retirado de:** _____

Escuela actual o grado:

La visita de hoy: Parte del cuerpo _____ Left Right Both

Detalles: _____

Sintomas: (Circule)

Dolor entumecimiento/hormigueo Fractura Rigidez Otro: _____

El dolor se difunde? Si No Si es asi describalo _____

Califique el dolor de 0-10 (10 siendo el peor) _____ **Constante?** Si No

Empeorando o mejorando? _____ **Afectando tu sueno?** Si No

Su problema es resultado de una lesion o accidente? Si No

Si es asi, como se produjo la lesion?

Fecna de lesion/Fecna establecida (mm/dd/yyyy) _____

Accidente automovilistico? Si No **Lesion relacionada con el trabajo?** Si No

Si es asi, ponga el nombre del medico de compensacion dr su trubajado:

Te han visto en urgencias por este problema? Si No En caso afirmativo, nombre la instalacion y fena de servicio: _____

Te han hecho alguna prueba previa para este problem? (x-ray, MRI, etc.) Si No

En caso afirmativo, indique la prueba, la fecna y el servicio: _____

Ha recibido algun tratamiento previo para este problema? (hielo, caliente, aparato ortopedico, medicamento) Si No

En caso afirmativo, nombre el tratamiento, fecha y la eficiencia: _____

Marquesina experimentado alguno de los siguientes sintomas en los ultimos 6 meses:

- Acides, ulceras
- Nauseas, vomito
- Sangre en los excrementos
- Fiebre
- Intolerancia al calor o al frio
- Sudores nocturnos
- Perdida de peso
- Perdida de apetito
- Fatiga
- Vision borrosa
- Vision doble
- Perdida de vision
- Perdida de audicion
- Ronquera
- Problemas para tragar
- Dolor en el pecho
- Palpitaciones
- Tos cronica
- Neumonia
- Dificultad para respirar
- Dolor oy orinar
- Sangre en la orina
- Problemas renales
- Erupciones frecuentes
- Caidas frecuentes
- Perdida de coordinacion
- Mareos
- Depresion/ansiedad
- Adiccion a las drog as y al alcohol
- Trastorno del sueno
- Sangrado Facil
- Moretones faciles
- Anemia
- Otro_____
- Otro_____
- Otro_____

Firma de paciente/defensor/madle o padre

Fecha_____

