

Historial Medico

Nombre: _____ Sexo: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre problemas médicos que tenga o haya tenido:

Seleccione si tiene, o ha tenido alguno de los siguientes síntomas en las siguientes áreas a un grado significativo:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Dolor de pecho | <input type="checkbox"/> Falta de aliento | <input type="checkbox"/> Palpitaciones |
| <input type="checkbox"/> Pulso irregular | <input type="checkbox"/> Soplo cardiaco | <input type="checkbox"/> Otros problemas del corazón |
| <input type="checkbox"/> Desmayos | <input type="checkbox"/> Derrame cerebral | <input type="checkbox"/> Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Presión alta | <input type="checkbox"/> Colesterol alto | <input type="checkbox"/> Asma |
| <input type="checkbox"/> Jadeo | <input type="checkbox"/> Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) | <input type="checkbox"/> Tos crónica |
| <input type="checkbox"/> Neumonía | <input type="checkbox"/> Azúcar alta | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroides | <input type="checkbox"/> Pérdida de apetito | <input type="checkbox"/> Fatiga |
| <input type="checkbox"/> Diarrea | <input type="checkbox"/> Estreñimiento | <input type="checkbox"/> Cambio en hábitos intestinales |
| <input type="checkbox"/> Sangre en excreta | <input type="checkbox"/> Enfermedad de vesícula | <input type="checkbox"/> Pancreatitis |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis A B C (circule) | <input type="checkbox"/> Dolor abdominal | <input type="checkbox"/> Úlceras |
| <input type="checkbox"/> Problemas para tragar | <input type="checkbox"/> Acidez | <input type="checkbox"/> Infecciones de orina (crónica) |
| <input type="checkbox"/> Frecuencia urinaria | <input type="checkbox"/> Incontinencia | <input type="checkbox"/> Sangre en la orina |
| <input type="checkbox"/> Piedras en el riñón | <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza | <input type="checkbox"/> Problemas menstruales |
| <input type="checkbox"/> Problemas auditivos | <input type="checkbox"/> Problemas de visión | <input type="checkbox"/> Dolor de espalda |
| <input type="checkbox"/> Dolor de pie | <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Problemas de piel: _____ |
| | | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

Medicamentos

Nombre los medicamentos que toma actualmente (prescritos o sin prescripción [over the counter]):

Alergias a medicamentos

Nombre el medicamento y la reacción:

Farmacia de preferencia (incluya nombre y dirección):

Historial familiar

Nombre cualquier problema médico significativo en su historial familiar:

--

Historial social

¿Toma alcohol? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Si toma, cuantas bebidas por semana? _____	Uso de tabaco (seleccione una): <input type="checkbox"/> Al presente <input type="checkbox"/> Antes <input type="checkbox"/> Nunca
Ejercicio (seleccione uno): <input type="checkbox"/> Sedentario (Ningún ejercicio) <input type="checkbox"/> Ejercicio leve (trabajo o recreación 1-2 veces/semana) <input type="checkbox"/> Ocasional ejercicio vigoroso (3-4 veces/semana) <input type="checkbox"/> Regular ejercicio vigoroso (≥ 4 veces/semana por 30 min)	¿Activo sexualmente? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Si SI, está tratando de quedar embarazada? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si NO, que anticonceptivo utiliza: _____ ¿Alguna incomodidad? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Salud Mental

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| ¿El estrés es un problema mayor para usted? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Se siente en depresión? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Entra en pánico cuando esta estresado? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Tiene problemas para comer o de apetito? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Llora con frecuencia? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Alguna vez ha intentado suicidarse? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Alguna vez ha pensado en hacerse daño? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Tiene problemas para dormir? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Alguna vez ha visitado un consejero? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |

Cirugías/Hospitalizaciones (razón/tipo y lugar):

--

Información adicional:

--