



Soundview Medical Associates, LLC



REVISIÓN DE LA HISTORIA MÉDICA DEL PACIENTE

Todas las preguntas contenidas aquí son estrictamente confidenciales y pasarán a formar parte de su expediente médico.

Nombre (último, primero, M.I.): _____ Fecha: _____

Estado: Soltero/a Casado/a Compañero/a Separado/a Divorciado/a Viudo/a M Fecha de nacimiento: _____
 F

Medico de referencia _____ Ultima fecha de físico _____

Medicinas – Anote toda la medicación prescrita incluyendo vitaminas y suplementos

Nombre de medicina	Dosis	Frecuencia

Alergias – A medicinas o comidas. (Marca aquí si no a ninguna)

Nombre de medicina/comida	Reacción

Vacunas Y Fechas:

Tetano (si se conoce: Tdap <input type="checkbox"/> Td <input type="checkbox"/>)	Fecha: _____	Hepatitis A	Fechas (2 Inyecciones): _____
Influenza (antigripal)	Fecha: _____	Hepatitis B	Fechas (3 Inyecciones): _____
Pneumonia (Pneumovax)	Fecha: _____	VPH (Papani Colaou)	Fechas (3 inyecciones): _____
Culebrilla (Zostavax)	Fecha: _____	MMR (Sarampión, Paperas, rubéola)	Fecha: _____
Otra:	Fecha: _____	Poliomielitis	Fecha: _____

Enfermedad de Niñez: Sarampión Paperas Rubéola Varicela Fiebre reumática Polio

Alguna vez a recibido transfusión de sangre? Si, año ____ No

¿Cuál de estas condiciones siguientes le están tratando o le han tratado en el pasado? (Por favor, marca todos los que aplican)

- | | | | |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Cardiopatía/soplo/Angina | <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar | <input type="checkbox"/> Trastorno ocular/Glaucoma | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Colesterol alto | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> Problemas de vejiga riñón |
| <input type="checkbox"/> Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> Problemas de pulmón/tos | <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular | <input type="checkbox"/> Problemas de hígado, Hepatitis |
| <input type="checkbox"/> Presión arterial baja | <input type="checkbox"/> Problemas de los senos nasales | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza/migrañas | <input type="checkbox"/> Artritis |
| <input type="checkbox"/> Acidez estomacal (reflujo) | <input type="checkbox"/> Alergias estacionales | <input type="checkbox"/> Problemas neurológicos | <input type="checkbox"/> Cáncer |
| <input type="checkbox"/> Anemia o problemas de sangre | <input type="checkbox"/> Amigdalitis | <input type="checkbox"/> Depresión, ansiedad | <input type="checkbox"/> Úlceras, colitis |
| <input type="checkbox"/> Tobillos hinchados | <input type="checkbox"/> Problemas del oído | <input type="checkbox"/> Atención psiquiátrica | <input type="checkbox"/> Problemas de tiroides |

Por favor proporcione cualquier información adicional o otra condición que tenga o haya tenido:



CIRUGÍAS

Año Problema

Año	Problema

OTRAS HOSPITALIZACIONES

Año Problema

Año	Problema

Anote todos los médicos profesionales que están bajo su cuidado:

Nombre Especialidad/ubicación

Nombre	Especialidad/ubicación

HÁBITOS DE SALUD Y SEGURIDAD PERSONAL

Ocupación: _____

Religión: _____

- Ejercicio**
- Sedentarias (sin ejercicio)
 - Ejercicio leve (por ejemplo, subir escaleras, caminar 3 cuadras, golf)
 - Ejercicio vigoroso ocasional (es decir, trabajo o recreación, menos de 4 x / semana durante 30 minutos.)
 - Ejercicio vigoroso regular (es decir, trabajo o recreación 4 x / semana durante 30 minutos)

Dieta Cualquier restricciones en la dieta (carne, lácteos, etc.) Sí No

¿Si, Sí anote: _____

Esta de dieta? Sí No Sí, describa su dieta: _____

¿Número de comidas que usted come en un día normal?

Ingesta de sal: Alto Med Bajo Ingesta de grasas: Alto Med Bajo **Cafeína** Ninguno: ¿Número de tazas/latas por día?

Alcohol Usted bebe alcohol? Sí No

¿Si, afirmativo que clase? _____ ¿Cuántas bebidas por semana? _____

¿Está usted preocupado con la cantidad que bebe? Sí No

¿Has considerado parar? Sí No

¿Has alguna vez experimentados apagones? Sí No

¿Es usted propenso apasarse de copas? Sí No

¿Usted conduce después de beber? Sí No

Tabaco ¿Consume de tabaco? Sí No

¿Antecedentes de consumo de tabaco? Sí No O año renuncio: _____

¿Cigarrillos – Cantidad/día? Otro (Mastica, Pipa, Puros) cantidad/día: _____ Número de años: _____



Drogas ¿Actualmente utiliza drogas recreacionales o de calles? Sí No cuales:

¿Ha usado drogas de la calle con aguja? Sí No

Sexo ¿Eres sexualmente activa? Sí No

¿En caso afirmativo, Se quiere embarazar? Sí No

Enfermedades relacionadas al Virus de inmunodeficiencia humana (VIH), como el SIDA, se ha convertido en un problema de salud pública importante. Factores de riesgo para esta enfermedad incluyen uso de drogas intravenosas y las relaciones sexuales sin protección. ¿Le gustaría hablar con su proveedor acerca de su riesgo de esta enfermedad? Sí No

Seguridad personal

¿Vives solo? Sí No

¿Tienes una directiva anticipada o testamento vital? Sí No

Abuso físico o mental se ha convertido también en cuestiones de salud pública importante en este país. Esto a menudo toma la forma de amenazas verbales o abuso físico o sexual. ¿Le gustaría discutir este tema con su proveedor? Sí No

HISTORIA DE SALUD FAMILIAR

	EDAD	PROBLEMAS DE SALUD SIGNIFICATIVOS		EDAD	PROBLEMAS DE SALUD SIGNIFICATIVOS
Padre			Niños	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Madre				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Hermano	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Abuela Paternal		
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Abuelo Paternal		
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Abuela Materna		
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Abuelo Materna		
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				

¿Familiares con cáncer de colon? Sí No Si es así, relación y edad diagnosticados:

¿Familiares con cáncer de mama? Sí No Si es así, relación y edad diagnosticados:

¿Familiares con cáncer de próstata? Sí No Si es así, relación y edad diagnosticados:

Familiares con enfermedad cardíaca, ataque cardíaco o cirugía del corazón antes de los 55 años? Sí No Si es así, relación y edad diagnosticados:

Otros antecedentes:

MUJERES SÓLO

Nombre de tu médico Ginecólogo: _____

Fecha del último examen PAP: _____

¿Cualquier hallazgo anormal? Sí No

En caso afirmativo, explique:

¿Está usted embarazada o amamantando? Sí No

Edad de comienzo de la menstruación: Todo ___ días período

Fecha de su última menstruación:

Flujo: Pesado Promedio Ligero

¿Irregularidad o manchado? Sí No

Número de embarazos _____ Número de nacimientos _____

¿Problemas durante el embarazo? No Hipertensión

Glucemia alta (diabetes gestacional) Otros:

HOMBRES SÓLO

Fecha pasada de examen rectal y próstata:

¿Usted generalmente se levanta a orinar durante la noche? Sí No

En caso afirmativo, número de veces

¿Ha disminuido la fuerza de la micción? Sí No

¿Tienes problemas de vaciar completamente la vejiga? Sí No

¿Alguna dificultad con la erección o la eyaculación? Sí No

¿Algun dolor testicular o hinchazón? Sí No



Soundview Medical Associates, LLC



OTROS PROBLEMAS

Compruebe si usted actualmente tiene alguno de los siguientes síntomas en un grado significativo y explique brevemente

General: Fiebres Sudores nocturnos Escalofríos Fatiga Aumento de peso Pérdida de peso

Explicar:

Ojos: Vision Disminuida Visión borrosa Dolor de ojos Sequedad de ojos Uso anteojos/Gafas o lentes de contacto

Explicar:

Cabeza y cuello: Pérdida de la audición Zumbido de oído Congestión nasal Ronquera Dificultad para tragar Problemas dentales

Explicar:

Pecho, corazón: Presión o dolor en el pecho Palpitación Hinchazón de la pierna Problemas circulatorios

Explicar:

Pulmones: Tos Dificultad para respirar Escupir sangre Sibilancias Ronquidos

Explicar:

Digestión: Pérdida de apetito Ardor de estómago Dolor abdominal Náuseas Vómitos Diarrea Estreñimiento
 Cambio en los hábitos intestinales Hemorroides Sangre en heces

Explicar:

Génito urinario: Cambios urinarios Micción dolorosa Orina sanguina Dificultad para orinar Micción nocturna Incontinencia urinaria
 Uretral o flujo vaginal Síntomas o dolores menstrual Dolor o úlceras genitales Dificultad sexual, dolor o preocupación

Explicar:

Músculos/articulaciones: Dolor de espalda Dolor de articulación Dolor muscular Dolor de la pierna

Explicar:

Piel: Erupciones cutáneas Prurito Llagas Cambios de la una Cambio de lunar Pérdida de cabello
 Dolor de senos, bultos o descarga

Explicar:

Neurológicos: Dolor de cabeza frecuente, recurrente Desmayos Debilidad Mareos Entumecimiento/hormigueo
 Temblores Convulsiones

Explicar:

Psiquiátricos: Ansiedad Depresión Problemas de memoria Dificultad para dormir Problemas de enjo Confusión

Explicar:

Sistema endocrino: Sed en exceso Micción excesiva Calenturas de menopausia

Explicar:

Sangre/linfa: Moretones Sangrado profuso Coágulos de sangre Glándulas hinchado

Explicar:

Otros problemas:

SALUD MENTAL

En las últimas dos semanas, te has sentido, deprimido o desesperado? Sí No

En las últimas dos semanas, te has sentido con poco interés o placer en hacer cosas? Sí No

SALUD PREVENTIVA

¿Colonoscopia? Sí No En caso afirmativo, fecha: _____ Ubicación: _____

¿Mamograma? Sí No En caso afirmativo, fecha: _____ Ubicación: _____

¿Prueba de densidad ósea (DEXA)? Sí No En caso afirmativo, fecha: _____ Ubicación: _____

¿Cáncer prostático (PSA)? Sí No En caso afirmativo, fecha: _____

¿Proyección de colesterol? Sí No En caso afirmativo, fecha: _____

¿Examen de la vista? Sí No En caso afirmativo, fecha: _____

¿Examen de Dermatología? Sí No En caso afirmativo, fecha: _____