

Nombre de paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Fecha: _____

Preguntas para el paciente:

Ud. Tiene o ha tenido alguno de los siguientes problemas?

HISTORIA MEDICA **No** **Si**

Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipertensión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Derrame cerebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas del Corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artritis/gota	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tendencia a sangrar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad venérea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Defectos hereditarios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SINTOMAS GENERALES **No** **Si**

Perdida de peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiebre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fatiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Subida de peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OJOS **No** **Si**

Lleva lentes/contactos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vista nublada o doble	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OIDOS/NARIZ/BOCA/GARGANTA **No** **Si**

Sordera o zumbido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor de oído	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sinusitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sangrado nasal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sangrado de encías	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor de garganta o cambio en la voz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glándulas hinchadas en el cuello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CARDIOVASCULAR **No** **Si**

Dolor de pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Palpitaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falta de aire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinchazón de pies, tobillos o manos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presión alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

RESPIRATORIO **No** **Si**

Tos crónica o frecuente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Escupir sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma o jadeo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

GASTROINTESTINAL **No** **Si**

Falta de apetito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nausea o vomito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diarrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Constipación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sangrado por el recto o sangre al defecar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor abdominal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Úlcera péptica (estomago o duodenal)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acidez estomacal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OSTEOMUSCULAR **No** **Si**

Dolor en articulaciones (mas de 30 minutos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rigidez o hinchazón en articulaciones (mas de 30 minutos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Calambres/Dolor muscular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor de espalda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fractura de hueso daño de articulaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

GENITOURINARIO **No** **Si**

Orina Frecuente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor o ardor al orinar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sangre en la orina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cambio en fuerza o esfuerzo en orinar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Incontinencia o goteo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Piedras en los riñones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hombres -dolor testicular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mujer -Flujo vaginal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prurito o picazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor/hinchazon/flujo del pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TEGUMENTARIO (piel, seno) **No** **Si**

Sarpullido o rash	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cambio en color de la piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cambio en pelo o uñas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Picazon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NEUROLOGICO **No** **Si**

Dolores de cabeza frecuentes o recurrentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mareos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Convulsiones o ataques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sensaciones de entumecimiento o hormigueo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Temblores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Derrame cerebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PSIQUIATRICO **No** **Si**

Perdida de memoria o confusión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nerviosismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insomnia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ENDOCRINO **No** **Si**

Enfermedad de la tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sed o orina excesiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intolerancia al calor o frío	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

HEMATOLOGICO/LINFATICO **No** **Si**

Tendencia a sangrar o moretones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coagulos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tranfusiones anteriores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ALERGICO/IMUNOLOGICO **No** **Si**

Historia de reacción de piel o alergia a:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Penicilina u otros antibióticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Morfina, demerol u otros narcóticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Novocaína u otros anesteticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aspirina y otros remedios para dolor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antitoxina tétano u otros sueros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yodo, mertiolate u otro antiséptico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Otras alergias: _____

Vacunas/refuerzos _____

Hospitalizaciones/Cirugías/Heridas Graves Previas _____ Fecha _____

Explique: _____
