

Historia Médica del Paciente (Patient History)

Nombre del Paciente: (Patient Name) _____ Fecha de Nacimiento: (Date of Birth) _____

Médico que le Remitió: (Referring Physician) _____ Teléfono: (Phone) _____

Dirección: (Address) _____

Médico de Cabecera: (Primary Care Physician) _____ Teléfono: (Phone) _____

Dirección: (Address) _____

| Problemas principales y áreas de inquietud (Main problems and areas of concern) | Inicio (edad o fecha) (Onset (Age or Date)) |
|---|---|
| 1. | |
| 2. | |
| 3. | |
| 4. | |

ANTECEDENTES MÉDICOS (Por favor marque la respuesta apropiada) (Past Medical History)

| Diagnostico (Diagnosis) | Sí (Yes) | No | Año (Year) | Diagnostico (Diagnosis) | Sí (Yes) | No | Año (Year) |
|--|--------------------------|--------------------------|------------|--|--------------------------|--------------------------|------------|
| Trastorno de Ansiedad (Anxiety Disorder) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | Hipertensión (Presión Sanguínea Alta) (Hypertension (High Blood Pressure)) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Asma (Asthma) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | Cambios de Ánimo/Trastorno Bipolar (Mood/Bipolar Disorder) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Problema de Equilibrio (Balance Problem) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | Adormecimiento/Dolor (Numbness/Pain) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Trastorno Bipolar (Bipolar Disorder) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | Parkinsonismo (Parkinsonism) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Cáncer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | Trastorno de Estrés Postraumático (PTSD, por sus siglas en inglés) (PTSD) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Problemas de Colesterol (Cholesterol Problems) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | Piernas Inquietas (Restless Leg) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| CVA, por sus siglas en inglés (Accidente Cerebrovascular) (CVA (Stroke)) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | Trastorno Convulsivo (Seizure Disorder) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Depresión (Depression) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | Problemas con la Piel (Skin Problems) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Diabetes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | Apnea de Sueño (Sleep Apnea) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Trastorno Alimenticio (Eating Disorder) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | Otros trastornos del sueño (Other Sleep Disorders) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Enfisema (Emphysema) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | Problemas con el Estómago/los Intestinos (Stomach/Bowel Problems) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Fibromialgia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | Temblores (Tremors) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Lesión en la Cabeza (Head Injury) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | Pérdida de peso (Weight Loss) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Ataque de Corazón (Heart Attack) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | Trastorno de la Tiroides (Thyroid Disorder) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Enfermedad cardíaca (Heart Disease) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | |

| INFORMACIÓN (General) | Sí (Yes) | No | GENITOURINARIO (Genitourinary) | Sí (Yes) | No |
|---|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|
| Cambio de Peso (Weight Change) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Micción Dolorosa (Urinary Pain) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cambios en el Apetito (Appetite Change) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cambios en el Sistema Urinario (Change in Urinary System) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cambios en el Nivel de Energía (Energy Level Change) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| CABEZA, OÍDOS, OJOS, NARIZ Y GARGANTA (HEENT, por sus siglas en inglés) (HEENT) | Sí (Yes) | No | GINECOLÓGICO (Gynecological) | Sí (Yes) | No |
| Dolores de cabeza (Headaches) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Última Regla (Fecha): _____ (Last menstrual Period (Date)) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ojos (Eyes) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Histerectomía (Hysterectomy) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Oídos (Ears) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Número de Embarazos: _____ (Number of Pregnancies) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nariz (Nose) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Número de Hijos: _____ (Number of Children) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Garganta (Throat) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Flujo Vaginal (Vaginal Discharge) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| CUELLO (Neck) | Sí (Yes) | No | NEUROLÓGICO (Neurological) | Sí (Yes) | No |
| Hinchazón (Swelling) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Debilidad en Brazos/Piernas (Weakness in Arms/Legs) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sensibilidad (Tenderness) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Mareo/Desmayo (Dizziness/Fainting) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bocio (Goiter) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Accidente Cerebrovascular/Accidente Isquémico Transitorio (Stroke/TIA) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| PECHO (Chest) | Sí (Yes) | No | EXTREMIDADES (Extremities) | Sí (Yes) | No |
| Dolor (Pain) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hinchazón de Manos/Pies (Weakness in Arms/Legs) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Presión (Pressure) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Venas Varicosas (Varicose Veins) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Corazón Acelerado (Palpitaciones) (Racing Heart (Palpitations)) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Calambres en las Piernas (Leg Cramps) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| SENOS (Breasts) | Sí (Yes) | No | PIEL (Skin) | Sí (Yes) | No |
| Sensibilidad (Tenderness) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sarpullidos (Rashes) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Protuberancias (Lumps) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Historia de Cáncer de Piel (History of Skin Cancer) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| PULMONES (Lungs) | Sí (Yes) | No | MUSCULOESQUELÉTICO (Musculoskeletal) | Sí (Yes) | No |
| Tos Crónica (Chronic Cough) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dolor o Hinchazón en las Articulaciones (Joint Pain or Swelling) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dificultad para Respirar (Shortness of Breath) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Artritis Reumática (Rheumatoid Arthritis) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sangre en el Esputo (Blood in Sputum) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dolor en la Parte Baja de la Espalda (Low Back Pain) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| SISTEMA DIGESTIVO (Digestive System) | Sí (Yes) | No | PSICOLÓGICO (Psychological) | Sí (Yes) | No |
| Dolor Abdominal (Abdominal Pain) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Depresión (Depression) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Náusea | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ansiedad (Anxiety) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cambio en los Hábitos Intestinales (Change in Bowel Habits) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dificultades Sexuales (Sexual Difficulties) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Heces Negras Alquitranadas (Black Tarry Stool) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Abuso por el Cónyuge u Otro (Abuse by Spouse or Other) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sangre Roja en las Heces (Red Blood in Stool) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Adicción al Alcohol o a las Drogas (Alcohol or Drug Addiction) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ANOTE OTROS PROBLEMAS (List Other Problems) | | | | | |
| | | | | | |

| PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS (Surgical Procedures) | | |
|--|------------|-----------------------|
| Clase de Cirugía (Type of Surgery) | Año (Year) | Comentario (Comments) |
| | | |
| | | |
| | | |

HISTORIA SOCIAL Y OCUPACIONAL (Social And Occupational History)

Mano dominante: (Hand dominance) Derecha (Right) Izquierda (Left) **Ambidextro** (ambos): (Ambidextrous (both)) Sí (Yes) No

Fumar/Usos de Tabaco: Sí (Yes) No **Anteriormente:** _____ **Año en que lo Dejó:** _____
(Smoking/Tobacco Use) (Formerly) (Year Quit)

Clase de Producto de Tabaco: (Type of Tobacco Product) _____

Unidades/paquetes por día: (Unit/packs per day) _____ **Número de Años:** (Number of Years) _____

Consumo de Alcohol: Sí (Yes) No **Anteriormente:** _____ **Año en que lo Dejó:** _____
(Alcohol Use) (Formerly) (Amount per Day)

Tipo de Alcohol: _____ **Frecuencia:** _____ **Cantidad por Día:** _____
(Type of Alcohol) (Frequency) (Amount per Day)

Antecedentes de Conducción Bajo la Influencia del Alcohol (DUI, por sus siglas en inglés): (History of DUI(s)) Sí (Yes) No

¿Ha estado en programas de 12 Pasos? (12-Step Groups) Sí (Yes) No

Uso actual o anterior de sustancias: **Marihuana:** Sí (Yes) No **Cocaína:** Sí (Yes) No **Otra:** _____
(Current or previous substance use) (Marijuana) (Cocaine) (Other)

Exposición a Tóxicos Ambientales u Ocupacionales: _____

MEDICAMENTOS / ALERGIAS (Medication/Allergies)

Medicamentos: Por favor haga una lista de todos los medicamentos que tome actualmente, cantidades y horas en que los toma.
(Incluya todas las inyecciones, inhaladores, medicamentos para los ojos, vitaminas/suplementos)

| Nombre del Medicamento <small>(Medication Name)</small> | MG | Dosis <small>(Dose)</small> | ¿Con qué frecuencia? <small>(How often)</small> |
|---|----|-----------------------------|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| Inyecciones <small>(Injections)</small> | MG | Dosis <small>(Dose)</small> | ¿Con qué frecuencia? <small>(How often)</small> |
| | | | |
| Inhaladores <small>(Inhalers)</small> | MG | Dosis <small>(Dose)</small> | ¿Con qué frecuencia? <small>(How often)</small> |
| | | | |
| Vitaminas / Suplementos <small>(Vitamins/Supplements)</small> | MG | Dosis <small>(Dose)</small> | ¿Con qué frecuencia? <small>(How often)</small> |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

MEDICAMENTOS / ALERGIAS (Medication/Allergies)

Medicamentos: Por favor haga una lista de todos los medicamentos que tome actualmente, cantidades y horas en que los toma.
(Incluya todas las inyecciones, inhaladores, medicamentos para los ojos, vitaminas/suplementos)

| Alergias / Fármaco / Medicamento <small>(Allergies/Drug/Medication)</small> | Reacción <small>(Reaction)</small> | Año <small>(Year)</small> |
|---|------------------------------------|---------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| Alimentos / Otras Alergias <small>(Foods/Other Allergies)</small> | Reacción <small>(Reaction)</small> | Año <small>(Year)</small> |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

ANTECEDENTES FAMILIARES (Family History)

¿Es el paciente adoptado? (Patient Adopted) Sí (Yes) No

¿No está disponible la información de los padres? (Information about parents not available) Sí (Yes) No

Problemas de memoria o demencia en su familia (describa): (Family memory problems or dementia)== _____

| | Padre <small>(Father)</small> | Madre <small>(Mother)</small> | Tia Materna <small>(Maternal Aunt)</small> | Tio Materno <small>(Maternal Uncle)</small> | Tia Paterna <small>(Paternal Aunt)</small> | Tio Paterno <small>(Paternal Uncle)</small> | Hijo <small>(Son)</small> | Hija <small>(Daughter)</small> |
|--|----------------------------------|----------------------------------|---|--|---|--|------------------------------|-----------------------------------|
| Problemas de Colesterol <small>(Cholesterol problems)</small> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Enfermedad Cardíaca <small>(Heart Disease)</small> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Asma/enfisema <small>(Asthma/emphysema)</small> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Trastorno de Ansiedad <small>(Anxiety Disorder)</small> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Trastorno del Sueño <small>(Sleep Disorder)</small> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Presión Arterial Alta <small>(High Blood Pressure)</small> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ataque Cerebrovascular <small>(Stroke)</small> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Trastornos de la Tiroides <small>(Thyroid disorder)</small> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Trastorno Bipolar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Diabetes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Parkinsonismo <small>(Parkinsonism)</small> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cáncer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Depresión <small>(Depression)</small> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |