

# Historial del Paciente

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento (dd/mm/aa): \_\_\_\_\_

Por favor liste todas las condiciones médicas pasadas y actuales :

---

---

---

---

---

---

---

---

Por favor liste todas las cirugías pasadas:

---

---

---

---

Por favor liste los medicamentos actuales (incluyendo medicamentos de venta libre o preparaciones herbales):

---

---

---

---

---

---

Por favor liste alergias a medicamentos:

---

---

---

---

# Revisión de los Sistemas: ¿Cómo te sientes hoy?

GENERAL		
Síntoma	Si	No
Fiebre	___	___
Escalofríos	___	___
Sudores	___	___
Anorexia (pérdida de apetito)	___	___
Fatiga (cansancio)	___	___
Malestar (sensación de agotamiento)	___	___
Pérdida de peso	___	___

CARDIOVASCULAR		
Síntoma	Si	No
Dolor en el pecho	___	___
Palpitaciones (latidos rápidos del corazón)	___	___
El síncope (desmayo)	___	___
La disnea de esfuerzo (dificultad para respirar)	___	___
La ortopnea (dificultad de respiración mientras está acostado)	___	___
PND (falta de aire que lo despierta el sueño)	___	___
Edema en la pierna (hinchazón)	___	___

GENITOURINARIO		
Síntoma	Si	No
Dolor en las articulaciones	___	___
La disuria (dolor al orinar)	___	___
La hematuria (sangre en orina)	___	___
Flujo vaginal o de pene	___	___
Frecuencia urinaria	___	___
Dificultad para orinar	___	___
La nocturia (despertar para orinar)	___	___
Incontiene	___	___
Las úlceras genitales	___	___
Impotencia	___	___
Disminución de la libido	___	___

OJOS		
Síntoma	Si	No
Cambios en la visión	___	___
Visión borrosa	___	___
La diplopía (visión doble)	___	___
La pérdida de visión	___	___
Dolor en los ojos	___	___
Fotofobia (sensibilidad a la luz)	___	___

RESPIRATORIO		
Síntoma	Si	No
Náuseas / vómitos	___	___
Dificultad para respirar	___	___
DOE (falta de aire)	___	___
La anorexia (pérdida de apetito)	___	___
Tos	___	___
La disnea (falta de aire)	___	___
Expectoración excesiva (mucosidad)	___	___
La hemoptisis (tos con sangre)	___	___
Resollando	___	___

MUSCULOESQUELÉTICO		
Síntoma	Si	No
El dolor de espalda	___	___
Dolor en las articulaciones	___	___
Inflamación de las articulaciones	___	___
Calambres musculares	___	___
Debilidad muscular	___	___
Rigidez	___	___
Artritis	___	___

OREJAS / NARIZ / GARGANTA		
Síntoma	Si	No
Cambios en la audición	___	___
Dolor de oído	___	___
Secreción del oído	___	___
El tinnitus (zumbido en los oídos)	___	___
Disminución de la audición	___	___
La congestión nasal	___	___
Las hemorragias nasales	___	___
Dolor de garganta	___	___
Ronquera	___	___
La disfagia (dificultad para tragar)	___	___

GASTROINTESTINAL		
Síntoma	Si	No
Náuseas	___	___
Vómitos	___	___
Diarrea	___	___
Estreñimiento	___	___
Cambio en los hábitos intestinales	___	___
Dolor abdominal	___	___
Ictericia (coloración amarillenta de la piel / ojos)	___	___
Heces con sangre / alquitranadas	___	___

PIEL		
Síntoma	Si	No
Erupción	___	___
Picazón	___	___
Sequedad	___	___
Las lesiones sospechosas (manchas de la piel que son preocupantes para usted)	___	___
Cambios en los lunares	___	___
Problemas en los senos	___	___

**NEUROLÓGICOS**

Síntoma	Si	No
Dolor de cabeza	___	___
Mareo	___	___
Entumecimiento	___	___
La parestesia (sensación de quemazón o picor)	___	___
Parálisis temporal	___	___
Debilidad	___	___
Convulsiones	___	___
El síncope (desmayo)	___	___
Temblores	___	___
Vértigo	___	___

**HISTORIA SOCIAL**

Casado    Viudo    Divorciado    Separado    Soltero  
 \_\_\_\_\_

**TAMAÑO DE LA FAMILIA**

Número de personas en el hogar: \_\_\_\_\_

Fumadores en el hogar? \_\_\_\_\_

**NIVEL DE EDUCACION ALCANZADO:**

\_\_\_\_\_

**EMPLEADOR**

\_\_\_\_\_

**Tabaco:**

Cada Día \_\_\_    Algunos días \_\_\_  
 Estado actual desconocida \_\_\_  
 Ex fumador \_\_\_    Nunca fumador \_\_\_  
 Desconoce si ha fumado alguna vez \_\_\_  
 Exposición al humo de segunda mano? S \_\_\_ N \_\_\_

Año de inicio: \_\_\_\_\_ Año que renunció: \_\_\_\_\_

Aconsejado para reducir: S    N

**El consumo de drogas:**

Corriente \_\_\_ Anterior \_\_\_ Nunca \_\_\_

Cocaína \_\_\_ Crack \_\_\_ Heroína \_\_\_ Meth \_\_\_

Éxtasis \_\_\_ Marijuana \_\_\_ Rx ilícito \_\_\_

**El consumo de alcohol:**

Niegas \_\_\_ Raro \_\_\_ Social \_\_\_ Semanal \_\_\_ Diario \_\_\_

Bebidas / día: \_\_\_\_\_ Aconsejado: S    N

**PSIQUIÁTRICO**

Síntoma	Si	No
Depresión	___	___
Ansiedad	___	___
Pérdida de la memoria	___	___
Perturbación mental	___	___
Ideación suicida	___	___
Alucinaciones	___	___
Paranoia	___	___

**ENDOCRINO**

Síntoma	Si	No
Intolerancia al frío	___	___
Intolerancia al calor	___	___
La polidipsia (sed excesiva)	___	___
La polifagia (hambre en exceso)	___	___
La poliuria (exceso de orina)	___	___
Cambio de peso	___	___

**HEMO / LINFÁTICO**

Síntoma	Si	No
Hematomas anormales	___	___
Sangrado	___	___
Ganglios linfáticos agrandados	___	___
LAD	___	___

**ALERGIAS / INMUNOLÓGICO**

Síntoma	Si	No
Urticaria (ronchas o salpullido)	___	___
La fiebre del heno	___	___
Las infecciones persistentes	___	___
Exposición al VIH	___	___
Las alergias estacionales	___	___
Las alergias de contacto (metal, látex, colorantes, fragrances)	___	___

**HISTORIA FAMILIAR**

Síntoma	Madre	Padre	Hermano	Hermana	Abuela	Abuelo
Enfermedad autoinmune	___	___	___	___	___	___
Asma	___	___	___	___	___	___
Enfermedad de sangre	___	___	___	___	___	___
Diabetes	___	___	___	___	___	___
Las enfermedades del corazón	___	___	___	___	___	___
Colesterol alto	___	___	___	___	___	___
La presión arterial alta	___	___	___	___	___	___
Ataque al corazón	___	___	___	___	___	___
Alcoholismo	___	___	___	___	___	___
Cáncer de seno	___	___	___	___	___	___
Cáncer de ovario	___	___	___	___	___	___
Cáncer de colon	___	___	___	___	___	___
Osteoporosis	___	___	___	___	___	___
Las enfermedades psiquiátricas	___	___	___	___	___	___
El abuso de sustancias	___	___	___	___	___	___
Historia desconocida de Familia	___	___	___	___	___	___