

HISTORIA DE SALUD

(Confidencial)

Nombre _____ Fecha de Hoy _____

Edad _____ Fecha de Nacimiento _____ Fecha del último examen físico _____

¿A qué se debe su visita médica? _____

SÍNTOMAS Marque con un tilde (✓) los síntomas que Ud. tiene actualmente, o que ha tenido en el pasado año.			
<p>GENERAL</p> <input type="checkbox"/> Escalofríos <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Mareos <input type="checkbox"/> Desmayos <input type="checkbox"/> Fiebre <input type="checkbox"/> Falta de Memoria <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza <input type="checkbox"/> Pérdida de sueño <input type="checkbox"/> Pérdida de peso <input type="checkbox"/> Nerviosismo <input type="checkbox"/> Entumecimiento <input type="checkbox"/> Sudores <p>MÚSCULO/ARTICULACIÓN/HUESO Dolor, debilidad, entumecimiento en:</p> <input type="checkbox"/> Brazos <input type="checkbox"/> Caderas <input type="checkbox"/> Espalda <input type="checkbox"/> Piernas <input type="checkbox"/> Pies <input type="checkbox"/> Cuello <input type="checkbox"/> Manos <input type="checkbox"/> Hombros <p>GENITOURINARIO</p> <input type="checkbox"/> Sangre en la orina <input type="checkbox"/> Micción (orinar) frecuente <input type="checkbox"/> Falta de control de la vejiga <input type="checkbox"/> Micción dolorosa	<p>GASTROINTESTINAL</p> <input type="checkbox"/> Mal apetito <input type="checkbox"/> Hinchado <input type="checkbox"/> Cambios al defecar <input type="checkbox"/> Estreñimiento <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Excesivo hambre <input type="checkbox"/> Excesiva sed <input type="checkbox"/> Gases <input type="checkbox"/> Hemorroides <input type="checkbox"/> Indigestión <input type="checkbox"/> Náusea <input type="checkbox"/> Sangrar por el recto <input type="checkbox"/> Dolor de estómago <input type="checkbox"/> Vómitos <input type="checkbox"/> Vómito de sangre <p>CARDIOVASCULAR</p> <input type="checkbox"/> Dolor de pecho <input type="checkbox"/> Presión sanguínea alta <input type="checkbox"/> Latidos irregulares del corazón <input type="checkbox"/> Presión sanguínea baja <input type="checkbox"/> Mala circulación <input type="checkbox"/> Latidos acelerados del corazón <input type="checkbox"/> Hinchazón de los tobillos <input type="checkbox"/> Venas varicosas	<p>OJOS, OÍDOS, NARIZ, GARGANTA</p> <input type="checkbox"/> Sangrar de las encías <input type="checkbox"/> Vista nublada <input type="checkbox"/> Estrabismo/Bizquera <input type="checkbox"/> Dificultad al tragar <input type="checkbox"/> Visión doble <input type="checkbox"/> Dolor de oídos <input type="checkbox"/> Supuración por los oídos <input type="checkbox"/> Fiebre del heno <input type="checkbox"/> Ronquera <input type="checkbox"/> Pérdida de la audición <input type="checkbox"/> Hemorragias nasales <input type="checkbox"/> Tos persistente <input type="checkbox"/> Zumbido de los oídos <input type="checkbox"/> Problemas de la sinus <input type="checkbox"/> Visión – Fulguración <input type="checkbox"/> Visión – Círculos de luz <p>PIEL</p> <input type="checkbox"/> Se pone morada fácilmente <input type="checkbox"/> Ronchas <input type="checkbox"/> Picazón <input type="checkbox"/> Cambios en verrugas <input type="checkbox"/> Salpullidos <input type="checkbox"/> Cicatrices <input type="checkbox"/> Llaga que no cicatriza	<p>para los HOMBRES solamente</p> <input type="checkbox"/> Bulto en el pecho <input type="checkbox"/> Dificultad en la erección <input type="checkbox"/> Bulto en los testículos <input type="checkbox"/> Supuración por el pene <input type="checkbox"/> Llagas en el pene <input type="checkbox"/> Otros <p>para las MUJERES solamente</p> <input type="checkbox"/> Prueba de Papanicolaou anormal <input type="checkbox"/> Sangrado entre períodos <input type="checkbox"/> Bulto en el seno <input type="checkbox"/> Dolor menstrual muy fuerte <input type="checkbox"/> Fogaje ("Hot Flashes") <input type="checkbox"/> Supuración por los pezones <input type="checkbox"/> Coito doloroso <input type="checkbox"/> Supuración por la vagina <input type="checkbox"/> Otros <p>Fecha de la última menstruación _____</p> <p>Fecha de la última Prueba de Papanicolaou _____</p> <p>¿Ha tenido Ud. un mamograma? _____</p> <p>¿Está Ud. embarazada? _____</p> <p>¿Cuántos hijos tiene? _____</p>

CONDICIONES Marque con un tilde (✓) las condiciones que Ud. tiene o que ha tenido en el pasado.			
<input type="checkbox"/> SIDA <input type="checkbox"/> Alcoholismo <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Anorexia <input type="checkbox"/> Apendicitis <input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Trastornos de Desangramiento <input type="checkbox"/> Bulto en los Senos <input type="checkbox"/> Bronquitis <input type="checkbox"/> Bulimia <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Cataratas	<input type="checkbox"/> Drogaadicción <input type="checkbox"/> Varicela <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Enfisema <input type="checkbox"/> Epilepsia <input type="checkbox"/> Glaucoma <input type="checkbox"/> Bocio <input type="checkbox"/> Gonorrea <input type="checkbox"/> Gota <input type="checkbox"/> Cardiopatías <input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> Hernia <input type="checkbox"/> Herpes	<input type="checkbox"/> Colesterol Alto <input type="checkbox"/> HIV Positivo <input type="checkbox"/> Enfermedades del Riñón <input type="checkbox"/> Enfermedades del Hígado <input type="checkbox"/> Sarampión <input type="checkbox"/> Migrañas <input type="checkbox"/> Aborto <input type="checkbox"/> Mononucleosis <input type="checkbox"/> Esclerosis Múltiple <input type="checkbox"/> Paperas <input type="checkbox"/> Marcapasos <input type="checkbox"/> Neumonía <input type="checkbox"/> Polio	<input type="checkbox"/> Problemas de la Próstata <input type="checkbox"/> Tratamiento Siquiátrico <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática <input type="checkbox"/> Fiebre Escarlata <input type="checkbox"/> Embolia Cerebral <input type="checkbox"/> Intento de Suicidio <input type="checkbox"/> Problemas de la Glándula Tiroides <input type="checkbox"/> Amigdalitis <input type="checkbox"/> Tuberculosis <input type="checkbox"/> Fiebre Tifoidea <input type="checkbox"/> Úlceras <input type="checkbox"/> Infecciones Vaginales <input type="checkbox"/> Enfermedades Venéreas

MEDICAMENTOS Liste los medicamentos que Ud. toma actualmente	ALERGIAS A medicamentos o sustancias
Nombre de la Farmacia _____ Teléfono _____	

