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.

GENERAL
- ☐ Escalofríos
- ☐ Depresión
- ☐ Mareos
- ☐ Desmayos
- ☐ Fiebre
- ☐ Falta de Memoria
- ☐ Dolor de cabeza
- ☐ Pérdida de sueño
- ☐ Pérdida de peso
- ☐ Nerviosismo
- ☐ Entumecimiento
- ☐ Sudores

MÚSCULO/ARTICULACIÓN/HUESO
Dolor, debilidad, entumecimiento en:
- ☐ Brazos ☐ Caderas
- ☐ Espalda ☐ Piernas
- ☐ Pies ☐ Cuello
- ☐ Manos ☐ Hombros

GENITOURINARIO
- ☐ Sangre en la orina
- ☐ Micción (orinar) frecuente
- ☐ Falta de control de la vejiga
- ☐ Micción dolorosa

GASTROINTESTINAL
- ☐ Mal apetito
- ☐ Hinchado
- ☐ Cambios al defecar
- ☐ Estreñimiento
- ☐ Diarrea
- ☐ Excesivo hambre
- ☐ Excesiva sed
- ☐ Gases
- ☐ Hemorroides
- ☐ Indigestión
- ☐ Náusea
- ☐ Sangrar por el recto
- ☐ Dolor de estómago
- ☐ Vómitos
- ☐ Vómito de sangre

CARDIOVASCULAR
- ☐ Dolor de pecho
- ☐ Presión sanguínea alta
- ☐ Latidos irregulares del corazón
- ☐ Presión sanguínea baja
- ☐ Mala circulación
- ☐ Latidos acelerados del corazón
- ☐ Hinchazón de los tobillos
- ☐ Venas varicosas

OJOS, OÍDOS, NARIZ, GARGANTA
- ☐ Sangrar de las encías
- ☐ Vista nublada
- ☐ Estrabismo/Bizquera
- ☐ Dificultad al tragar
- ☐ Visión doble
- ☐ Dolor de oídos
- ☐ Supuración por los oídos
- ☐ Fiebre del heno
- ☐ Ronquera
- ☐ Pérdida de la audición
- ☐ Hemorragias nasales
- ☐ Tos persistente
- ☐ Zumbido de los oídos
- ☐ Problemas de la sinus
- ☐ Visión – Fulguración
- ☐ Visión – Círculos de luz

PIEL
- ☐ Se pone morada fácilmente
- ☐ Ronchas
- ☐ Picazón
- ☐ Cambios en verrugas
- ☐ Salpullidos
- ☐ Cicatrices
- ☐ Llaga que no cicatriza

para los HOMBRES sólamente
- ☐ Bulto en el pecho
- ☐ Dificultad en la erección
- ☐ Bulto en los testículos
- ☐ Supuración por el pene
- ☐ Llagas en el pene
- ☐ Otros

para las MUJERES sólamente
- ☐ Prueba de Papanicolaou anormal
- ☐ Sangrado entre períodos
- ☐ Bulto en el seno
- ☐ Dolor menstrual muy fuerte
- ☐ Fogaje ("Hot Flashes")
- ☐ Supuración por los pezones
- ☐ Coito doloroso
- ☐ Supuración por la vagina
- ☐ Otros

Fecha de la última menstruación_____

Fecha de la última Prueba de Papanicolaou _____

¿Ha tenido Ud. un mamograma?_____

¿Está Ud. embarazada?_____

¿Cuántos hijos tiene?_____

CONDICIONES Marque con un tilde (✓) las condiciones que Ud. tiene o que ha tenido en el pasado.

- ☐ SIDA
- ☐ Alcoholismo
- ☐ Anemia
- ☐ Anorexia
- ☐ Apendicitis
- ☐ Artritis
- ☐ Asma
- ☐ Trastornos de Desangramiento
- ☐ Bulto en los Senos
- ☐ Bronquitis
- ☐ Bulimia
- ☐ Cáncer
- ☐ Cataratas
- ☐ Drogaadicción
- ☐ Varicela
- ☐ Diabetes
- ☐ Enfisema
- ☐ Epilepsia
- ☐ Glaucoma
- ☐ Bocio
- ☐ Gonorrea
- ☐ Gota
- ☐ Cardiopatías
- ☐ Hepatitis
- ☐ Hernia
- ☐ Herpes
- ☐ Colesterol Alto
- ☐ HIV Positivo
- ☐ Enfermedades del Riñón
- ☐ Enfermedades del Hígado
- ☐ Sarampión
- ☐ Migrañas
- ☐ Aborto
- ☐ Mononucleosis
- ☐ Esclerosis Múltiple
- ☐ Paperas
- ☐ Marcapasos
- ☐ Neumonía
- ☐ Polio
- ☐ Problemas de la Próstata
- ☐ Tratamiento Siquiátrico
- ☐ Fiebre Reumática
- ☐ Fiebre Escarlata
- ☐ Embolia Cerebral
- ☐ Intento de Suicidio
- ☐ Problemas de la Glándula Tiroides
- ☐ Amigdalitis
- ☐ Tuberculosis
- ☐ Fiebre Tifoidea
- ☐ Úlceras
- ☐ Infecciones Vaginales
- ☐ Enfermedades Venéreas

MEDICAMENTOS Liste los medicamentos que Ud. toma actualmente

ALERGIAS A medicamentos o sustancias

Nombre de la Farmacia_____ Teléfono_____

(Toda la información es estrictamente confidencial)

HISTORIA FAMILIAR Complete la información de salud sobre su familia.

Relación	Edad	Estado de Salud	Edad a la Muerte	Causa de la Muerte
Padre				
Madre				
Hermanos				
Hermanas				

Marque con un tilde (✓) si sus familiares consanguíneos han tenido algunas de las siguientes enfermedades:

	Enfermedad	Parentesco con Ud.
	Artritis, Gota	
	Asma, Fiebre del Heno	
	Cáncer	
	Drogaadicción	
	Diabetes	
	Cardiopatías, Embolia Cerebral	
	Presión Sanguínea Alta	
	Enfermedad del Riñón	
	Tuberculosis	
	Otras	

HOSPITALIZACIONES

Año	Hospital	Motivo de la Hospitalización y Resultado

HISTORIA SOBRE EMBARAZOS

Año de Nacimiento	Sexo del Nacimiento	Complicaciones, si las hubo

¿Ha tenido Ud. alguna vez una transfusión de sangre? ☐ Sí ☐ No
Si la respuesta es afirmativa, dar fechas aproximadas._____

ENFERMEDADES/LESIONES SERIAS	FECHA	RESULTADO

HÁBITOS DE SALUD Marque con un tilde (✓) las sustancias Ud. usa, y describa cuánto.

	Cafeína	
	Tabaco	
	Drogas	
	Otras	

INQUIETUDES RELACIONADOS CON EL TRABAJO

Marque con un tilde (✓) si su trabajo lo expone Ud. a alguna de las siguientes condiciones:

	Estrés
	Sustancias Peligrosas
	Levantamiento de Objetos Pesados
	Otras

Su ocupación:

Certifico que la información incluida arriba es correcta, a mi leal saber y entender. Yo no haré responsable ni a mi doctor ni a ningún integrante de su personal por errores u omisiones que yo pueda haber cometido al llenar este formulario.

_____ Firma

_____ Fecha

_____ Revisado Por

_____ Fecha

HEALTH HISTORY
Confidential

Patient Name _____ Today's Date _____

Age _____ Birthdate _____ Date of last physical examination _____

What is your reason for visit? _____

SYMPTOMS Check (✓) symptoms you currently have or have had in the past year.

GENERAL
- ☐ Chills
- ☐ Depression
- ☐ Dizziness
- ☐ Fainting
- ☐ Fever
- ☐ Forgetfulness
- ☐ Headache
- ☐ Loss of sleep
- ☐ Loss of weight
- ☐ Nervousness
- ☐ Numbness
- ☐ Sweats

MUSCLE/JOINT/BONE
Pain, weakness, numbness in:
- ☐ Arms ☐ Hips
- ☐ Back ☐ Legs
- ☐ Feet ☐ Neck
- ☐ Hands ☐ Shoulders

GENITO-URINARY
- ☐ Blood in urine
- ☐ Frequent urination
- ☐ Lack of bladder control
- ☐ Painful urination

GASTROINTESTINAL
- ☐ Appetite poor
- ☐ Bloating
- ☐ Bowel changes
- ☐ Constipation
- ☐ Diarrhea
- ☐ Excessive hunger
- ☐ Excessive thirst
- ☐ Gas
- ☐ Hemorrhoids
- ☐ Indigestion
- ☐ Nausea
- ☐ Rectal bleeding
- ☐ Stomach pain
- ☐ Vomiting
- ☐ Vomiting blood

CARDIOVASCULAR
- ☐ Chest pain
- ☐ High blood pressure
- ☐ Irregular heart beat
- ☐ Low blood pressure
- ☐ Poor circulation
- ☐ Rapid heart beat
- ☐ Swelling of ankles
- ☐ Varicose veins

EYE, EAR, NOSE, THROAT
- ☐ Bleeding gums
- ☐ Blurred vision
- ☐ Crossed eyes
- ☐ Difficulty swallowing
- ☐ Double vision
- ☐ Earache
- ☐ Ear discharge
- ☐ Hay fever
- ☐ Hoarseness
- ☐ Loss of hearing
- ☐ Nosebleeds
- ☐ Persistent cough
- ☐ Ringing in ears
- ☐ Sinus problems
- ☐ Vision – Flashes
- ☐ Vision – Halos

SKIN
- ☐ Bruise easily
- ☐ Hives
- ☐ Itching
- ☐ Change in moles
- ☐ Rash
- ☐ Scars
- ☐ Sore that won't heal

MEN only
- ☐ Breast lump
- ☐ Erection difficulties
- ☐ Lump in testicles
- ☐ Penis discharge
- ☐ Sore on penis
- ☐ Other

WOMEN only
- ☐ Abnormal Pap Smear
- ☐ Bleeding between periods
- ☐ Breast lump
- ☐ Extreme menstrual pain
- ☐ Hot flashes
- ☐ Nipple discharge
- ☐ Painful intercourse
- ☐ Vaginal discharge
- ☐ Other

Date of last menstrual period _____

Date of last Pap Smear _____

Have you had a mammogram? _____

Are you pregnant? _____

Number of children _____

CONDITIONS Check (✓) conditions you have or have had in the past.

- ☐ AIDS
- ☐ Alcoholism
- ☐ Anemia
- ☐ Anorexia
- ☐ Appendicitis
- ☐ Arthritis
- ☐ Asthma
- ☐ Bleeding Disorders
- ☐ Breast Lump
- ☐ Bronchitis
- ☐ Bulimia
- ☐ Cancer
- ☐ Cataracts
- ☐ Chemical Dependency
- ☐ Chicken Pox
- ☐ Diabetes
- ☐ Emphysema
- ☐ Epilepsy
- ☐ Glaucoma
- ☐ Goiter
- ☐ Gonorrhea
- ☐ Gout
- ☐ Heart Disease
- ☐ Hepatitis
- ☐ Hernia
- ☐ Herpes
- ☐ High Cholesterol
- ☐ HIV Positive
- ☐ Kidney Disease
- ☐ Liver Disease
- ☐ Measles
- ☐ Migraine Headaches
- ☐ Miscarriage
- ☐ Mononucleosis
- ☐ Multiple Sclerosis
- ☐ Mumps
- ☐ Pacemaker
- ☐ Pneumonia
- ☐ Polio
- ☐ Prostate Problem
- ☐ Psychiatric Care
- ☐ Rheumatic Fever
- ☐ Scarlet Fever
- ☐ Stroke
- ☐ Suicide Attempt
- ☐ Thyroid Problems
- ☐ Tonsillitis
- ☐ Tuberculosis
- ☐ Typhoid Fever
- ☐ Ulcers
- ☐ Vaginal Infections
- ☐ Venereal Disease

MEDICATIONS List medications you are currently taking.

_____

_____

_____

_____

_____

Pharmacy Name Phone

ALLERGIES To medications or substances

_____

_____

_____

_____

_____