

HISTORIAL MÉDICO

Nombre del Paciente: _____ Masculino Femenino Fecha de hoy: _____

Edad _____ Fecha de Nacimiento _____ Estatura _____ Peso _____ Médico que refiere _____

NO COMPLETE EL ÁREA SOMBREADA (PARA USO DEL MÉDICO SOLAMENTE)			
CC:			
Historial de la queja: Ubicación: Abdomen Costado Otro			Duración: 30 minutos 1 hora Siempre presente Otra
Puntaje de los síntomas: _____ Comienzo: Hace 2 días 2 Hace 2 semanas Hace 1 mes Otra			Síntomas concurrentes: SÍ NO Náuseas Erupción Dolores de Otra cabeza
Modificadores: Desplazándome Poniéndome de pie Estando acostado de lado Otra			Naturaleza: Sordo, y luego, agudo Muy agudo, y luego, se va Siempre presente Otro

ESPECIFIQUE SÍNTOMAS O QUEJAS GENITOURINARIAS: (FAVOR DE CIRCULAR SÍ O NO)

Ardor al orinar	SÍ	NO	Se levanta de noche para la micción	SÍ	NO	Pasa aire en la orina	SÍ	NO
Dolor en la vejiga con la orina frecuente	SÍ	NO	Pérdida del control urinario	SÍ	NO	Chorro urinario lento	SÍ	NO
Infecciones urinarias	SÍ	NO	Cálculos renales	SÍ	NO	El chorro comienza y termina	SÍ	NO
Sangre en la orina	SÍ	NO	Dolor al orinar	SÍ	NO	Se esfuerza para la micción	SÍ	NO
Dificultad en la micción	SÍ	NO	Urgencia para miccionar	SÍ	NO	Moja la cama	SÍ	NO
Vaciado incompleto	SÍ	NO	Dolor pélvico	SÍ	NO	Problemas previos con la próstata	SÍ	NO
Dificultad con las erecciones	SÍ	NO	Descarga de la uretra	SÍ	NO	Infertilidad	SÍ	NO

REVISIÓN DE SISTEMAS: ¿Tiene usted o ha tenido problemas relacionados con los siguientes sistemas? Circule SÍ o NO

Síntomas de constitución	Gastrointestinales	Genitourinarios	
Fiebre	S N	Dolor abdominal	S N
Escalofríos	S N	Náuseas/vómitos	S N
Dolor de cabeza	S N	Indigestión/acidez	S N
Otro _____	Otro _____	Frecuencia urinaria	S N
Ojos	Cardiovasculares	Otro _____	
Visión borrosa	S N	Dolor en el pecho	S N
Visión doble	S N	Venas varicosas	S N
Dolor	S N	Presión arterial alta	S N
Otro _____	Otro _____	Otro _____	S N
Alérgicos/Inmunológicos	Ginecológicos	Oído/Nariz/Garganta/Boca	
Fiebre de heno	S N	Menstruaciones irregulares	S N
Alergias a medicamentos	S N	Postmenopáusica	S N
Otro _____	Sangrado anormal	Dolor de garganta	S N
Neurológico	Otro _____	Problemas de sinusitis	S N
Temblores	S N	Otro _____	
Episodios de vértigo	S N	Musculoesqueléticos	
Entumecimiento/Hormigueo	S N	Dolor en las articulaciones	S N
Otro _____	Otro _____	Dolor en el cuello	S N
Endocrino	Sicológico	Dolor en la espalda	S N
Sed en exceso	S N	Otro _____	
Demasiado calor/frío	S N	¿Está usted satisfecho con su vida en general?	S N
Cansado/lento	S N	¿Siente que está severamente deprimido?	S N
Otro _____	Otro _____	¿Alguna vez ha considerado usted el suicidio?	S N
MedHx1			

PASADO HISTORIAL

QUIRÚRGICO y Cirugía

General

- Apéndice
- Hernia abdominal
- Intestinal
- Vesícula biliar
- Hernia inguinal
- Hemorroides
- Cirugía de incisión
- Bazo
- Estómago
- Amígdala y adenoides

Cirugía del pulmón

- Benigno
- Cáncer

Cirugía del corazón

- Válvula
- Injerto de Bypass
- Cirugía vascular

Cirugía urológica

- Recorte de glándula prostática
- Constricción uretral
- Cirugía testicular
- Vasectomía
- Remoción testicular
- Circuncisión
- Remoción de lesión peneana
- Lesión peneana

Cirugía femenina

- Útero
- Ovarios
- Otra

Otra cirugía

- Cirugía de ojos
- Glaucoma
- Cirugía de oídos
- Cirugía de la nariz

Cirugía renal

- Remoción abierta de piedras
- Remoción parcial de riñones
- Remoción de riñones enteros

Cirugía ortopédica

- Cirugía de la espalda
- Rodilla/cadera artificial
- Cirugía de los discos
- Cirugía de la rodilla

Cirugía de la vejiga

- Levantamiento de la vejiga
- Abdominal/Vaginal
- Remoción parcial de vejiga
- Remoción abierta de cálculos vesicales
- Remoción de tumores en la vesícula
- Remoción completa de la vesícula

Lista de enfermedades serias de hospitalizaciones: (Ejemplo: Diabetes, Tuberculosis, Cáncer del seno, Enfermedad del corazón, Trastorno de sangrado, Infarto, Enfisema, Hepatitis, Diverticulitis, etc.)

HISTORIAL GINECOLÓGICO

de Embarazos # Niño/a # Abortos Última prueba de Papanicolau _____
Última menstruación _____

MEDICAMENTOS: (Incluya la dosis y programa)

ALERGIAS A MEDICAMENTOS:

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

HISTORIAL SOCIAL Y FAMILIAR:

Historial Marital (circule uno): Casado Divorciado Soltero Viudo

Padres (Enliste la edad y cualquier problema mayor de salud, si vive(n). Enliste la edad y causa del fallecimiento, si está fallecido(s)):

Madre _____

Padre _____

CIRCULE CUALQUIERA de las siguientes enfermedades que "corren en nuestra familia": Diabetes Enfermedad del corazón

Infarto Hipertensión

Problemas renales Cálculos renales Cáncer (¿De cuál tipo?) _____

Cáncer prostático Otro _____

Hábitos:

Fumador de cigarrillos S N # de paquetes/día _____ ¿Por cuántos años? _____

Fumado/rapé de tabaco S N ¿Por cuántos años? _____

Bebidas alcohólicas S N

Ocupación: _____

Médico: _____ Fecha: _____

MedHxl