

Historia Médica

Fecha _____

Nombre _____ Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal (Zip code) _____

Teléfono de casa _____ Teléfono de trabajo _____

Fecha de nacimiento _____ Sexo _____ Estatura _____ Peso _____

Ocupación _____ Número de seguro social _____

Soltero (-a) _____ Casado (-a) _____ Nombre de su cónyuge _____

Pariente (-a) más cercano (-a) _____ Teléfono de él (ella) _____

Si usted llena este formulario por otra persona, ¿qué parentesco tiene con usted? _____

Enviado por _____

Para contestar a las preguntas que siguen, trace un círculo alrededor de Sí o No, lo que aplique. Sus respuestas son solamente para nuestro historial médico y serán consideradas como confidenciales. Fíjese bien en que durante su visita inicial se le harán a usted algunas preguntas acerca de sus respuestas a este cuestionario y que es posible que le pregunte algo adicional acerca de su salud.

- | | | |
|--|----|----|
| 1. ¿Está usted bien de salud? | Sí | No |
| ¿Goza usted de buena salud? | | |
| 2. ¿Durante el último año ha observado usted cualquier cambio en su salud general? | Sí | No |
| 3. El reconocimiento físico más reciente que me hicieron fue el _____ | | |
| 4. ¿Está usted bajo el cuidado de un(a) médico(-a) ahora? | Sí | No |
| En ese caso, ¿para qué consultó usted a su médico(-a)? _____ | | |
| 5. ¿Cómo se llama? ¿Cuál es la dirección de su consultorio? _____ | | |
| 6. ¿Ha sufrido usted alguna vez de una enfermedad grave, ha sido operado(-a), o ha estado usted hospitalizado(-a) por cualquier razón durante los últimos cinco años? | Sí | No |
| En ese caso, ¿cuál fue la enfermedad o problema? _____ | | |
| 7. ¿Toma usted alguna(s) medicina(s) o drogas incluyendo cualquiera que no requieren recetas? | Sí | No |
| En ese caso, ¿cómo se llama(n) la(s) medicina(s)? _____ | | |
| 8. ¿Padece usted o ha padecido usted alguna vez de cualquiera de las enfermedades o problemas que siguen? | | |
| a. Válvulas del corazón averiadas o válvulas postizas del corazón, incluyendo soplos cardíacos o enfermedad cardíaca reumática | Sí | No |
| b. Enfermedad cardiovascular (problemas con el corazón, ataque al corazón, angina, insuficiencia coronaria, oclusión coronaria, presión arterial alta, arterioesclerosis, ataque de parálisis) | Sí | No |
| 1. ¿Tiene usted dolores en el pecho al hacer ejercicios? | Sí | No |
| 2. ¿Jamás le falta la respiración a usted después de hacer ejercicios leves o cuando está acostado(-a)? | Sí | No |
| 3. ¿Se le hinchan a usted los tobillos? | Sí | No |
| 4. ¿Tiene usted defectos cardíacos congénitos? | Sí | No |
| 5. ¿Tiene usted un marcapasos cardíaco? | Sí | No |
| c. Alergia | Sí | No |
| d. Problemas con los pasajes nasales (sinusitis) | Sí | No |
| e. Asma o fiebre del heno | Sí | No |
| f. Desmayos, vahídos, o ataques | Sí | No |
| g. Diarrea continua y persistente o una pérdida reciente de peso | Sí | No |
| h. Diabetes | Sí | No |
| i. Hepatitis, ictericia o enfermedad del hígado | Sí | No |
| j. SIDA [AIDS] o infección causada por el virus HTLV-III [HIV] | Sí | No |
| k. Problemas de tiroides | Sí | No |
| l. Problemas para respirar, enfisema, bronquitis, etc. | Sí | No |
| m. Artritis o articulaciones hinchadas dolorosas | Sí | No |
| n. Úlceras gástricas o hiperacidez | Sí | No |
| o. Problemas con los riñones | Sí | No |
| p. Tuberculosis | Sí | No |
| q. ¿Tiene usted una tos persistente? o al toser, ¿arroja usted sangre? | Sí | No |
| r. Glándulas hinchadas constantemente en el cuello | Sí | No |
| s. Presión arterial baja | Sí | No |
| t. Enfermedades contraídas por medio del contacto sexual | Sí | No |
| u. Epilepsia u otra enfermedad neurológica | Sí | No |
| v. Problemas con la salud mental/psiquiátricos | Sí | No |
| w. Cáncer | Sí | No |
| x. Problemas con el sistema inmunológico | Sí | No |

