

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

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

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

