HISTORIA DE SALUD (Confidencial)

Nombre	Hoy						
Edad Fecha de Na	acimientoFe	echa del último examen físico.					
¿A qué se debe su visita médica?							
SÍNTOMAS Marque con un tilde	e (🗸) los síntomas que Ud. tiene a	ctualmente, o que ha tenido en e	l pasado año.				
GENERAL Escalofríos	GASTROINTESTINAL ☐ Mal apetito	oJos, oídos, NARIZ, GARGANTA ☐ Sangrar de las encías	para los HOMBRES sólamente ☐ Bulto en el pecho				
☐ Depresión	☐ Hinchado	☐ Vista nublada	☐ Dificultad en la erección				
☐ Mareos	☐ Cambios al defecar	☐ Estrabismo/Bizquera	☐ Bulto en los testículos				
☐ Desmayos	☐ Estreñimiento	☐ Dificultad al tragar	☐ Supuración por el pene				
☐ Fiebre	☐ Diarrea	☐ Visión doble	☐ Llagas en el pene				
☐ Falta de Memoria	☐ Excesivo hambre	☐ Dolor de oídos	☐ Otros				
Dolor de cabeza	☐ Excesive namble	☐ Supuración por los oídos	para las MUJERES sólamente				
☐ Pérdida de sueño	Gases	☐ Fiebre del heno	Prueba de Papanicolaou anormal				
Pérdida de peso	☐ Hemorroides	☐ Ronguera	☐ Sangrado entre períodos				
Nerviosismo	☐ Indigestión	☐ Pérdida de la audición	Bulto en el seno				
☐ Entumecimiento	☐ Náusea	☐ Hemorragias nasales	☐ Dolor menstrual muy fuerte				
Sudores	☐ Sangrar por el recto	☐ Tos persistente	☐ Fogaje ("Hot Flashes")				
ļ	☐ Dolor de estómago	☐ Zumbido de los oídos	☐ Supuración por los pezones				
MÚSCULO/ARTICULACIÓN/HUESO Dolor, debilidad, entumecimiento en:	☐ Vómitos	☐ Problemas de la sinus	Coito doloroso				
☐ Brazos ☐ Caderas	☐ Vómito de sangre	☐ Visión – Fulguración	Supuración por la vagina				
☐ Espalda ☐ Piernas		☐ Visión – Círculos de luz	Otros				
☐ Pies ☐ Cuello	CARDIOVASCULAR	PIEL					
☐ Manos ☐ Hombros	☐ Dolor de pecho	☐ Se pone morada fácilmente	Fecha de la última menstruación				
GENITOURINARIO	Presión sanguínea alta	☐ Ronchas					
☐ Sangre en la orina	Latidos irregulares del corazón	☐ Picazón	Fecha de la última Prueba de Papanicolaou				
☐ Micción (orinar) frecuente	Presión sanguínea baja						
☐ Falta de control de la vejiga	Mala circulación	Cambios en verrugas	¿Ha tenido Ud. un mamograma?				
☐ Micción dolorosa	Latidos acelerados del corazón	☐ Salpullidos ☐ Cicatrices	¿Está Ud. embarazada?				
Livileción dolorosa	☐ Hinchazón de los tobillos	☐ Llaga que no cicatriza	-				
	☐ Venas varicosas		¿Cuántos hijos tiene?				
	n tilde (🗸) las condiciones que Ud.						
SIDA	☐ Drogaadicción	☐ Colesterol Alto	☐ Problemas de la Próstata				
☐ Alcoholismo	☐ Varicela ☐ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □	☐ HIV Positivo	☐ Tratamiento Siquiátrico				
Anemia	Diabetes	☐ Enfermedades del Riñón	☐ Fiebre Reumática				
☐ Anorexia	☐ Enfisema	☐ Enfermedades del Hígado	☐ Fiebre Escarlata				
☐ Apendicitis	☐ Epilepsia	☐ Sarampión	☐ Embolia Cerebral☐ Intento de Suicidio				
☐ Artritis	☐ Glaucoma	☐ Migrañas	☐ Problemas de la Glándula Tiroides				
☐ Asma	Bocio	☐ Aborto ☐ Mononucleosis					
☐ Trastomos de Desangramiento			☐ Amigdalitis☐ Tuberculosis				
☐ Bulto en los Senos	☐ Gota	☐ Esclerosis Múltiple	☐ Fiebre Tifoidea				
☐ Bronquitis	☐ Cardiopatías ☐ Hepatitis	☐ Paperas ☐ Marcapasos	☐ Úlceras				
☐ Bulimia	☐ Hernia	☐ Neumonía	☐ Infecciones Vaginales				
☐ Cáncer	☐ Herpes	☐ Polio	☐ Enfermedades Venéreas				
☐ Cataratas							
MEDICAMENTOS Liste los m	edicamentos que Ud. toma actuali	nente ALERGIA	S A medicamentos o sustancias				
Nombre de la Farmacia	Teléfono						

(Toda la información es estrictamente confidencial)

	Edad	Estado de Salud	Edad a la Muerte	Causa de la Muerte		familiares consanguíneos han tenido algunas de las siguientes fermedad Parentesco con Ud.
Padre					Artritis, Go	ta
Madre					Asma, Fiel	bre del Heno
Hermanos			Cáncer			
•					Drogaadic	ción
					Diabetes	
					Cardiopatías	, Embolia Cerebral
Hermanas				anguínea Alta		
				ad del Riñón		
				Tuberculos	sis	
				Otras		
HOSPITA	LIZA	CIONES			<u> </u>	HISTORIA SOBRE EMBARAZOS
Año		Hospital		Motivo de la Hosp	italización y Resultado	Ario de Nacimiento Nacimiento Complicaciones, si las hub
		· .				
						HÁBITOS DE SALUD Marque con un tilde (🗸) las sustancias Ud. usa, y describa cuánto.
					-	Cafeína
			Tabaco			
¿Ha tenido Ud. alguna vez una transfusión de sangre Si la respuesta es afirmativa, dar fechas aproximadas				re? ∐ Sí ∐ No		
			Drogas			
ENFERMEDADES/LESIONES SERIAS		AS FECHA	RESULTADO	Otras		
						INQUIETUDES RELACIONADOS CON EL TRABAJ Marque con un tilde (/) si su trabajo lo expone Ud. a alguna de las siguientes condiciones:
						Estrés
·						Sustancias Peligrosas
						Levantamiento de Objetos Pesados
						Lovaritariionio do Objetos i ocados
						Otras
ertifico que itegrante de	la inf	ormación i ersonal po	ncluida arr r errores u	iba es correcta, a mi lea omisiones que yo pued	al saber y entender. Yo la haber cometido al ller	Otras Su ocupación: no haré responsable ni a mi doctor ni a ningún
ertifico que tegrante de	la inf	ormación i ersonal po	r errores u	iba es correcta, a mi lea omisiones que yo puec	al saber y entender. Yo la haber cometido al llei	Otras Su ocupación: no haré responsable ni a mi doctor ni a ningún