

Integrated Medical Services (IMS)
Historia Clinica

Sus respuestas a esta forma, ayudara a su médico a entender mejor sus dudas y condiciones médicas.

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ Edad _____ Fecha _____

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS

Problemas Médicos/Hospitalizaciones (i.e. diabetes, cáncer Hipertensión arterial, colesterol alto, depresión, etc.)

Intervenciones Quirúrgicas (i.e. amigdalectomía, apendicetomía, hernia, histerectomía, colonoscopia, etc.) Incluya mes/año

ANTECEDENTES HEREDO-FAMILIARES

Padre Vivo, Enfermedades Actuales: _____

Fallecido, causa(s): _____

Madre Viva, Enfermedades Actuales: _____

Fallecida, causa(s): _____

Hermanos ___ # Vivos, Enfermedades Actuales: _____

Fallecidos, causa(s): _____

Hermanas ___ # Vivas, Enfermedades Actuales: _____

Fallecidas, causa(s): _____

Enfermedad Especifica en la Familia: (cáncer de colon, de mama, de próstata, enfermedad cardiaca, embolia, etc.)

Ninguna

De presentar alguna, diga cuál y quien la padece? _____

ANTECEDENTES PERSONALES

Uso de Tabaco: Nunca Antes Actual ___ #Cajetillas/Día ___ #Fecha en que dejo de Fumar: _____

Alcohol: Nunca Rara Vez Social 1-2 bebidas/día mas de 2 bebidas/día mas de 6 bebidas/día

Su uso de alcohol le preocupa a usted o a otros? No Si

Drogas: Nunca Antes Actual: _____ Fecha en que dejo de Usar: _____

Cafeína: Nunca Café Te Soda ___ # tazas/día

Escolaridad: Primaria No termino la Universidad Titulo (s) _____

Ocupación: _____ Retirado, ___ Año

Estado Civil: Soltero(a) Casado(a) ___ anos Divorciado(a) Nombre del Viudo(a): _____

Edad y numero de hijos(as)? _____

Pasatiempos/Deportes _____

Tiene usted Directiva Anticipada? Si No **Poder Legal para la Atención Medica?** _____

Integrated Medical Services (IMS)
Historia Clínica

Alergias (De tener alguna escribe el(los) nombres y la reacción prurito/urticaria, inflamación) Ninguna Alergia

Medicamentos Con Receta Actuales NINGUNO

Nombre	Dosis	Indicación	Uso

Sin Receta/Hierbas/En el Mostrador/Vitaminas NINGUNO

Nombre	Dosis	Indicación	Uso

DETECCION TEMPRANA/INMUNIZACIONES

Examen (indique la fecha en que se lo realizo la última vez)	Inmunizaciones (fecha reciente de administración)
<input type="checkbox"/> Colesterol (Panel de Lípidos) _____	<input type="checkbox"/> Pneumovax (Pneumonia) _____
<input type="checkbox"/> Glucosa (Diabetes) _____	<input type="checkbox"/> Prevnar 13 (Pneumonia) _____
<input type="checkbox"/> Enfermedad Cardiovascular (ECG) _____	<input type="checkbox"/> Influenza (Flu) _____
<input type="checkbox"/> Osteoporosis (Densidad Ósea) _____	<input type="checkbox"/> Zostavax (Shingles/Culebrilla) _____
<input type="checkbox"/> Cáncer de Próstata (APE/EDR) _____	<input type="checkbox"/> Tdap (Tétano/Difteria/Tosferina) _____
<input type="checkbox"/> Cáncer de Mama (Mamografía) _____	<input type="checkbox"/> Td (Tétano/Difteria) _____
<input type="checkbox"/> Cáncer Cervico_Uterino (Papanicolaou) _____	<input type="checkbox"/> VPH/Gardasil _____
<input type="checkbox"/> Cáncer de Colon (Colonoscopia) _____	<input type="checkbox"/> Hepatitis B _____
<input type="checkbox"/> Cáncer de Pulmón (Radiografía de Tórax) _____	<input type="checkbox"/> Hepatitis A _____
<input type="checkbox"/> Aorta Abdominal (AAA) _____	<input type="checkbox"/> Otro: _____
<input type="checkbox"/> Enfermedad de las Carótidas (Ultrasonido) _____	
<input type="checkbox"/> Ecocardiograma _____	
<input type="checkbox"/> Otro: _____	

Integrated Medical Services (IMS)

Historia Clínica

REVISION POR SISTEMAS Marque por favor cualquier problema reciente o recurrente:

<p>Constitucional</p> <input type="checkbox"/> Fatiga <input type="checkbox"/> Fiebre <input type="checkbox"/> Sudoración Nocturna <input type="checkbox"/> Aumento de Peso ___lbs <input type="checkbox"/> Perdida de Peso ___lbs <input type="checkbox"/> Intolerancia al Ejercicio <p>Ojos</p> <input type="checkbox"/> Ojo Seco <input type="checkbox"/> Irritación <input type="checkbox"/> Cambios en la Visión <input type="checkbox"/> Historia de Cataratas <p>Oídos/Nariz/Boca/Garganta</p> <input type="checkbox"/> Zumbidos en los Oídos <input type="checkbox"/> Dificultad para Escuchar <input type="checkbox"/> Mareo/Vértigo <input type="checkbox"/> Dolor de Oído <input type="checkbox"/> Nariz/Problemas Nasales <input type="checkbox"/> Ronquidos <input type="checkbox"/> Resfriados Frecuentes <input type="checkbox"/> Infecciones Frecuentes <input type="checkbox"/> Sangrados Nasales <input type="checkbox"/> Dolor de Garganta <input type="checkbox"/> Ronquera <input type="checkbox"/> Sangrado en las Encías <input type="checkbox"/> Boca Seca <input type="checkbox"/> Respira por la Boca <input type="checkbox"/> Ulceras bucales	<p>Respiratorio</p> <input type="checkbox"/> Tos <input type="checkbox"/> Tos con Sangrado <input type="checkbox"/> Dificultad para Respirar <input type="checkbox"/> Dolor a la Respiración <input type="checkbox"/> Silbido <input type="checkbox"/> Ronquidos <input type="checkbox"/> Apnea del Sueno <p>Cardiovascular</p> <input type="checkbox"/> Dolor en el brazo al esfuerzo <input type="checkbox"/> Dolor en el pecho al esfuerzo <input type="checkbox"/> Pesadez en el Pecho <input type="checkbox"/> Palpitaciones Irregulares <input type="checkbox"/> Soplo Cardíaco conocido <input type="checkbox"/> Mareo al Levantarse <input type="checkbox"/> Dificultad Respiratoria al Esfuerzo <input type="checkbox"/> Hinchazón (Edema) <p>Hematológico/Linfático</p> <input type="checkbox"/> Moretones/Sangrado <input type="checkbox"/> Inflamación de las Glándulas <input type="checkbox"/> Anemia <p>Gastrointestinal</p> <input type="checkbox"/> Dolor Abdominal <input type="checkbox"/> Heces Negras/Color Brea <input type="checkbox"/> Sangrado en la Heces <input type="checkbox"/> Cambios de Apetito <input type="checkbox"/> Indigestión <input type="checkbox"/> Agruras <input type="checkbox"/> Eructos Frecuentes <input type="checkbox"/> Hemorroides <input type="checkbox"/> Dificultad al Deglutir <input type="checkbox"/> Nausea <input type="checkbox"/> Vomito <input type="checkbox"/> Vomito con Sangrado	<p>Genitourinario</p> <input type="checkbox"/> Sangrado en la Orina <input type="checkbox"/> Dificultad para Orinar <input type="checkbox"/> Dolor al Orinar <input type="checkbox"/> Vacío incompleto de la vejiga <input type="checkbox"/> Incontinencia Urinaria <input type="checkbox"/> Orina Frecuentemente <input type="checkbox"/> Urgencia Urinaria <input type="checkbox"/> Orina Poco <input type="checkbox"/> Goteo después de Orinar <input type="checkbox"/> Disfunción Eréctil <p>Musculo esquelético</p> <input type="checkbox"/> Dolor en la Espalda <input type="checkbox"/> Dolor en las Articulaciones <input type="checkbox"/> Dolores Musculares <input type="checkbox"/> Debilidad Muscular <input type="checkbox"/> Fracturas <input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> Osteoporosis <input type="checkbox"/> Uso de Dispositivo de Asistencia <p>Neurológico</p> <input type="checkbox"/> Mareo Vértigo <input type="checkbox"/> Falta de Equilibrio <input type="checkbox"/> Dolor de Cabeza <input type="checkbox"/> Migraña <input type="checkbox"/> Perdida de la Memoria <input type="checkbox"/> Adormecimiento <input type="checkbox"/> Dolor en la Piernas <input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> Debilidad	<p>Psiquiátrico</p> <input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Estrés <input type="checkbox"/> Ataques de Pánico <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Manía <input type="checkbox"/> Problemas de Sueno <input type="checkbox"/> Abuso de Alcohol <input type="checkbox"/> Historia de Adicciones <input type="checkbox"/> Pensamientos Suicidas <input type="checkbox"/> Se Siente Inseguro <p>Tegumentario(Piel)</p> <input type="checkbox"/> Cambios en algún Lunar <input type="checkbox"/> Piel Seca <input type="checkbox"/> Eczema <input type="checkbox"/> Rash <input type="checkbox"/> Crecimiento/Lesión <input type="checkbox"/> Comezón <input type="checkbox"/> Color Amarillento (piel/ojos amarillentos) <p>Alérgicos/Inmunológicos</p> <input type="checkbox"/> Estornudos <input type="checkbox"/> Urticaria/Rash <input type="checkbox"/> Comezón <input type="checkbox"/> Nariz que Moquea <input type="checkbox"/> Presión en los Senos Paranasales
---	---	--	---

<p>Para Hombres Solamente</p> <input type="checkbox"/> Dolor o un bulto en los testículos <input type="checkbox"/> Ardor/Comezón/Desecho en el Pene <input type="checkbox"/> Enfermedad/Problemas de Próstata <input type="checkbox"/> Orina durante la Noche <input type="checkbox"/> Problemas/Preocupaciones Sexuales <input type="checkbox"/> Poca actividad Sexual	<p>Para Mujeres Solamente</p> <input type="checkbox"/> Comezón/Ardor/Desecho Vaginal <input type="checkbox"/> Orina durante la Noche <input type="checkbox"/> Sensibilidad/Desecho de los Pechos <input type="checkbox"/> Bulto en los Pechos <input type="checkbox"/> Quistes en los Ovarios <p style="text-align: right;">Número de Embarazos _____ Nacidos _____ Aborto(s) Espontaneo _____ Abortos _____ A qué edad empezó su menstruación? _____</p>
---	---