



CUATONARIO DEL PACIENTE **NOMBRE:** _____ **Fecha de Nacimiento** _____

Marque todos los espacios aplicables y dé **EDAD:** _____ **FECHA DE HOY:** _____
Información adicional donde se indique.

OCUPACION: _____

ALERGIAS:

- _____ Penicilina
- _____ Codeína
- _____ Aspirina
- _____ Tétano
- _____ Morfina
- _____ Sulfas
- _____ Tetraciclina
- _____ Otros

MEDICAMENTOS ACTUALES:

Nombre	Frecuencia
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

MEDICAMENTOS PASADOS:

- _____ Control de la Natalidad
- _____ Tiroides
- _____ Cortisona
- _____ Insulina
- _____ Pastillas para el Corazón
- _____ Pastillas para el agua
- _____ Otros

HISTORIA:

_____ Diabetes	_____ Enfermedades cardiacas	_____ Enfermedades Gastrointestinales
_____ Presión alta	_____ Ataque cardíaco	_____ Colitis
_____ Enfermedad de la Tiroides	_____ Insuficiencia congestiva	_____ Enfermedades Estomacales
_____ Bocio	_____ Fiebre Reumática	_____ Ulceras
_____ Cáncer	_____ Soplo cardíaco	_____ Tuberculosis
_____ Leucemia	_____ Ritmos Irregulares	_____ Enfermedad de la Vesícula
_____ Enfermedad de la Sangre	_____ Enfermedad del Hígado	_____ Enfermedades renales
_____ Anemia	_____ Ictericia Amarilla	_____ Cálculos Renales
_____ Transfusión sanguínea	_____ Hepatitis	_____ Problemas de la Vejiga
_____ Artritis	_____ Enfermedades Pulmonares	_____ Flebitis
_____ enfermedades de la piel	_____ Asma	_____ Coágulos sanguíneos
_____ Gonorrea	_____ Bronquitis	_____ Contusión
_____ Sífilis	_____ Enfisema	_____ Ataques
_____ Alcoholismo	_____ Neumonía	_____ Meningitis
_____ Urticaria	_____ Problemas Psiquiátricos	_____ Depresión

_____ Otras Enfermedades Serias: _____

CIRUGIAS (AÑO)

- _____ Apéndice
- _____ Vesícula
- _____ Hernia
- _____ Histerectomía
- _____ Ovarios/tubos
- _____ Hemorroides
- _____ Pecho
- _____ Otros

OTRAS HOSPITALIZACIONES (AÑO)

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

HISTORIA FAMILIAR (RELACION) hermanos/abuelos/padres HABITOS (CANTIDADES): Cuanto/frecuencia?

_____ Diabetes	_____	_____ Alcohol	_____
_____ Enfermedades Cardiacas	_____	_____ Tabaco	_____
_____ Derrame cerebral	_____	_____ Café	_____
_____ Alcoholismo/Adicciones	_____	_____ Otros Cafeína	_____
_____ Alta Presión Sanguínea	_____	_____ Marihuana	_____
_____ Depresión/Esquizofrenia/Bipolar	_____	_____ Drogas Duras	_____
_____ Cáncer	_____	_____ Otros	_____

NOMBRE: _____

REVICION DEL SISTEMA:

- _____ Dolores de Cabeza Frecuentes
- _____ Dolores de Cuello
- _____ Bultos o hinchazón
- _____ Dificultad para tragar

OJOS:

- _____ Visión borrosa
- _____ Visión Doble
- _____ Ver aureolas
- _____ Dolor de ojos
- _____ ojos llorosos
- _____ picazón
- _____ uso de anteojos
- _____ Fecha del último Examen

OIDOS:

- _____ Dificultad para oír
- _____ Zumbido o timbrado
- _____ Picazón de oídos
- _____ Infecciones Frecuentes
- _____ liquido del oído
- _____ Usa aparatos para oír

BOCA:

- _____ Problemas Dentales
- _____ Llagas Frecuentes
- _____ Hinchazón o bultos

NARIZ & CUELLO:

- _____ Frecuente Sangrado de Nariz
- _____ Problemas de senos de la nariz
- _____ Congestión Nasal
- _____ Frecuentes dolores de garganta
- _____ Voz Ronca

PIEL:

- _____ Salpullido
- _____ Sores
- _____ Cambio en lunares
- _____ Bultos e Hinchazón
- _____ Sangramiento con facilidad
- _____ Moretes con facilidad
- _____ Picazón

NEUROLOGICO:

- _____ Ataques
- _____ Entumecimiento
- _____ Tembloroso
- _____ Desmayos
- _____ Cambios en la escritura

CARDIOVASCULAR:

- _____ Dolores de Pecho
- _____ Mareos
- _____ Corazón acelerado
- _____ Falta de Aire
- _____ Hinchazón de Tobillos
- _____ Calambres en las Piernas
- _____ Pulso Irregular
- _____ Circulación pobre

RESPIRATORY:

- _____ Silbido
- _____ Tos Frecuente
- _____ Tos con flema
- _____ Tos con sangre
- _____ Sudoración excesiva
- _____ Dormir sentado
- _____ Problemas Respiratorios

DIGESTIVO:

- _____ Frecuente Indigestión
- _____ Acidez
- _____ Eructo Frecuente
- _____ Estomago Hinchado
- _____ Nausea o Vomito
- _____ Escupir Sangre
- _____ Constipación
- _____ Diarrea
- _____ Heces negras
- _____ Heces Grises
- _____ Dolor Rectal
- _____ Sangramiento Rectal
- _____ Cambio en Heces

URINARIO:

- _____ Frecuencia
- _____ Urgencia
- _____ Ardor o Dolor
- _____ Problemas al comenzar
- _____ Moja sus calzones o la cama
- _____ Orina Oscura
- _____ Orina con sangre

MUSCULOESQUELETICO:

- _____ Dolor en la coyuntura
- _____ Músculos Adoloridos
- _____ Hinchazón en la coyuntura
- _____ Debilidad
- _____ Hormigueo
- _____ Discapacitado

GENERAL:

- _____ Caliente o Frio
- _____ Poco Apetito
- _____ Siempre cansado
- _____ Problemas para dormir
- _____ Poco ejercicio
- _____ Siempre sediento
- _____ llorar a menudo
- _____ Depresión
- _____ Sin esperanza
- _____ Perdida del Temperamento
- _____ Considerando el suicidio
- _____ Pérdida de peso
- _____ Ganar peso
- _____ Dificultad Sexual

GENTALES MASCULINOS:

- _____ Bultos en los Testículos
- _____ Testículos Dolorosos
- _____ Problemas de Próstata
- _____ Flujo o liquido
- _____ Ardor

GENTALES FEMENINOS:

- _____ Periodos Irregulares
- _____ Sangrado Anormal
- _____ Flujo o liquido
- _____ Severos Calambres
- _____ Calores
- _____ Menopausia
- _____ Postmenopausia
- _____ Bultos en los senos
- _____ Cesárea
- _____ Abortos
- _____ # de embarazos
- _____ # de hijos vivos
- _____ Fecha del último Periodo
- _____ Fecha del ultimo PAP

MISCELLANEOUS:

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

A lo mejor de mi conocimiento, la información anterior es correcta y exacta

Fecha/iniciales _____