

**Sylmar Medical Center, 14124 Foothill Blvd, Suite 100, Sylmar, CA 91342**

**Historia Medica del Paciente**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Porque viene al Doctor hoy? \_\_\_\_\_

<p>Donde se localiza su problema? _____</p> <p>Que tan severo es? Suave <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Agudo <input type="checkbox"/></p> <p>Cuanto hace que se presenta este problema? _____</p> <p>En qué momento se presenta el problema? _____</p> <p>Donde se encontraba la primera vez que le ocurrió? _____</p> <p>Algún otro problema se presenta con este? _____</p> <p>Que empeora o mejora este problema? _____</p>	<p><b>A tenido alguna vez?</b></p> <p>Diabetes..... Si No</p> <p>Hypertension..... Si No</p> <p>Cancer..... Si No</p> <p>Stroke..... Si No</p> <p>Problema Cardiaco..... Si No</p> <p>Artritis/Gota..... Si No</p> <p>Convulciones..... Si No</p> <p>Tendencia a sangrar..... Si No</p> <p>Infecciones Agudas..... Si No</p> <p>Enfermedades venereas..... Si No</p> <p>Defectos hereditarios..... Si No</p>
--	--

<p><b>Historia Social</b></p> <p>Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Viudez</p> <p>Uso de alcohol: <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Diariamente</p> <p>Tabaco: <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Lo dejo <input type="checkbox"/> Fumo __ paquetes al día</p> <p>Drogas: <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Tipo/Frecuencia _____</p> <p>Exposición excesiva diaria o en el trabajo a: <input type="checkbox"/> Humo <input type="checkbox"/> Polvo <input type="checkbox"/> Disolventes <input type="checkbox"/> Ruido</p>	<p>Liste sus medicamentos</p> <p>1) _____</p> <p>2) _____</p> <p>3) _____</p> <p>4) _____</p> <p>5) _____</p> <p>6) _____</p> <p>7) _____</p> <p>8) _____</p> <p>9) _____</p> <p>10) _____</p> <p>11) _____</p>
---	---

<p>Hospitalizaciones Anteriores /Cirugías/Heridas graves</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Cuando?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
---	---

	<u>Edad</u>	<u>Enfermedades</u>	<u>Si ya falleció, Causa</u>
Padre	_____	_____	_____
Madre	_____	_____	_____
Hermanos	_____	_____	_____
Esposo/a	_____	_____	_____
Hijos	_____	_____	_____

Responda todas las preguntas

**Ha tenido alguno de estos síntomas recientemente?**

<b>GENERAL</b>		
Buena salud últimamente.....	No	Si
Cambios de peso reciente.....	No	Si
Fiebres.....	No	Si
Fatigas.....	No	Si
Dolor de cabeza.....	No	Si
<b>VISION</b>		
Problemas con la vista.....	No	Si
Usa Lentes/de contacto.....	No	Si
Visión doble o borrosa.....	No	Si
Glaucoma.....	No	Si
<b>OTORRINO</b>		
Pérdida de audición.....	No	Si
Timbre auditivo.....	No	Si
Dolor o supuración en el oído.....	No	Si
Problemas en la vía nasal.....	No	Si
Sangrado nasal.....	No	Si
Heridas Bucales.....	No	Si
Sangrado en la encía.....	No	Si
Mal aliento o sabor.....	No	Si
Dolor de garganta o cambio en la voz.....	No	Si
Inflamación de las amígdalas.....	No	Si
<b>CARDIOVASCULAR</b>		
Problema del corazón.....	No	Si
Dolor en el pecho.....	No	Si
Cambio repentino en el latido.....	No	Si
Hinchazón de los pies, tobillos o manos.....	No	Si
<b>RESPIRATORIO</b>		
Tos frecuente.....	No	Si
Escupe sangre.....	No	Si
Falto de aire.....	No	Si
Asma o silbido en el pecho.....	No	Si
<b>GASTROINTESTINAL</b>		
Pérdida de apetito.....	No	Si
Cambio en sus evacuaciones.....	No	Si
Nauseas o Vomito.....	No	Si
Diarreas frecuentes.....	No	Si
Deposiciones dolorosas o constipación.....	No	Si
Sangra en sus deposiciones.....	No	Si
Dolor de estomago.....	No	Si
<b>GENITOURINARIO</b>		
Orina constantemente.....	No	Si
Ardor al orinar.....	No	Si
Sangre en la orina.....	No	Si
Cambio en la intensidad al orinar.....	No	Si
Incontinencia o inhabilidad al orinar.....	No	Si
Piedras en los riñones.....	No	Si
Dificultad sexual.....	No	Si
Hombre – Dolor en los testículos.....	No	Si
Mujer – Dolor con el periodo.....	No	Si
Mujer – Periodo Irregular.....	No	Si
Mujer – Flujo vaginal.....	No	Si
Mujer – # De embarazos _____ # Pérdidas _____		
Mujer – Fecha ultimo <b>Papanicolaou</b> _____		
Mujer – <b>Pap</b> fue <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal		
Fecha _____		

<b>MUSCULOESQUELÉTICO</b>		
Dolor en las articulaciones.....	No	Si
Hinchazón o endurecimiento en las articulaciones.....	No	Si
Debilidad en articulaciones o muscular.....	No	Si
Calambres o dolor muscular.....	No	Si
Dolor de espalda.....	No	Si
Frio en las extremidades.....	No	Si
Camina con dificultad.....	No	Si
<b>PIEL</b>		
Salpulado o Hormigueo en la piel.....	No	Si
Cambio en el color de la piel.....	No	Si
Cambios el pelo o uñas.....	No	Si
Venas Varicosas.....	No	Si
Dolor en el Seno.....	No	Si
Bulto o masas en el Seno.....	No	Si
Secreción en el Seno.....	No	Si
<b>NEUROLOGICO</b>		
Dolor de cabeza frecuente.....	No	Si
Mareos o vértigos.....	No	Si
Convulsiones.....	No	Si
Adormecimiento u hormigueos.....	No	Si
Temblores.....	No	Si
Parálisis.....	No	Si
Ataque cerebral.....	No	Si
Golpe craneal.....	No	Si
<b>PSYQUIATRICO</b>		
Pérdida de memoria o confusión.....	No	Si
Nerviosismo.....	No	Si
Depresión.....	No	Si
Problemas con el sueño.....	No	Si
<b>ENDOCRINO</b>		
Problemas glandulares u hormonales.....	No	Si
Enfermedad de la tiroides.....	No	Si
Diabetes.....	No	Si
Sed excesiva y ganas de orinar.....	No	Si
Intolerancia al calor o al frio.....	No	Si
Piel Seca.....	No	Si
Cambios de tamaño de guante o sombrero.....	No	Si
<b>HEMATOLOGICO/LYMFATICO</b>		
Cicatrización lenta.....	No	Si
Manifiesta morados fácilmente.....	No	Si
Anemia.....	No	Si
Flebitis.....	No	Si
Historial de transfusiones.....	No	Si
Inflamación de Glándulas.....	No	Si
<b>ALLERGIAS/INMUNOLOGICO</b>		
Historia de reacción a:		
Penicilina u otro antibiótico.....	No	Si
Morfina Demerol U otros Narcóticos.....	No	Si
Novocaína u otros anestésicos.....	No	Si
Aspirina u otro Analgésico.....	No	Si
Antitoxina del Tétanos o otros Toxinas.....	No	Si
Iodo, mertiolate o otros antisépticos.....	No	Si
Drogas/medicinas _____		
Alergias a alimentos _____		

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_

Firma del Doctor: \_\_\_\_\_