

Nombre: _____ Fecha nac.: _____ Edad: _____

Médico remitente: _____ Teléfono: _____

Médico de atención primaria (de cabecera): _____ Teléfono: _____

¿Para qué **enfermedad/problema médico** (motivo de la visita) acude hoy aquí? _____

Medicamentos (incluida la dosis y frecuencia)

(1) _____ (5) _____ ¿Usa insulina/esteroides?
(2) _____ (6) _____ **Sí** o **No**
(3) _____ (7) _____
(4) _____ (8) _____

Farmacia: _____ Teléfono de la farmacia _____

Alergias a medicamentos (incluido el tipo de reacción)

(1) _____ (3) _____
(2) _____ (4) _____

¿Qué **problemas médicos** tiene (p. ej., presión arterial alta, diabetes, enfermedad del corazón, etc.)?

(1) _____ (4) _____
(2) _____ (5) _____
(3) _____ (6) _____

¿Qué **cirugías** ha tenido anteriormente? ¿En qué año fueron?

(1) _____ (4) _____
(2) _____ (5) _____
(3) _____ (6) _____

Historial familiar

Padre: ¿Vive (sí o no)? Edad: _____

Problemas médicos: _____

Madre: ¿Vive (sí o no)? Edad: _____

Problemas médicos: _____

Hermanos o hermanas: ¿Cuántos tiene? _____ Problemas médicos: _____

Hijos: ¿Cuántos tiene? _____ Problemas médicos: _____

¿Hay un historial de cáncer en la familia? _____

¿Qué tipos y quién? _____

Historial social

¿Fuma (sí o no)? ¿Cuánto fuma (cajetillas / día)? _____

¿Durante cuántos años ha fumado o fumó? _____ ¿Cuándo dejó de fumar? _____

¿Bebe alcohol (sí o no)? ¿Cuánto? _____

¿Bebe más de dos bebidas alcohólicas al día (sí o no)?

¿Cuál es su oficio? _____

Indique cuándo fue su último/a: Mamografía _____ Colonoscopia _____

Examen físico _____

¿Le hicieron lo siguiente? Pruebas de sangre EKG Radiografía del pecho

Nombre del paciente _____

Fecha de nacimiento: _____

Estatura _____	Peso _____		
¿Ha subido de peso o adelgazado sin proponérselo? (Encierre en un círculo subido o adelgazado) Si la respuesta es 'sí', ¿cuánto subió de peso/adelgazó ? ¿Durante cuánto tiempo?		SÍ	NO
¿Tiene a veces fiebre, escalofríos o sudor nocturno?		SÍ	NO
¿Su apetito es normal?		SÍ	NO
¿Tiene náuseas o vómitos?		SÍ	NO
¿Tiene diarrea?		SÍ	NO
¿Tiene estreñimiento?		SÍ	NO
¿Ha habido algún cambio en sus evacuaciones intestinales?		SÍ	NO
¿En algún momento ha observado sangre en las heces?		SÍ	NO
¿Tiene síntomas de acidez (agruras) o reflujo?		SÍ	NO
¿Tiene alguna dificultad para tragar?		SÍ	NO
¿Tiene ronquera o le ha cambiado la voz?		SÍ	NO
¿En algún momento ha sentido que le falta el aire cuando reposa o duerme?		SÍ	NO
¿Alguna vez ha tenido pulmonía? ¿Cuándo? _____		SÍ	NO
¿Tiene apnea del sueño?		SÍ	NO
¿Tiene tos persistente?		SÍ	NO
¿Tiene en alguna ocasión dolor en el pecho cuando reposa o hace algún esfuerzo?		SÍ	NO
¿Alguna vez ha tenido un ataque cardíaco, especialmente durante los últimos seis meses?		SÍ	NO
¿Se ha hecho alguna vez una "prueba de esfuerzo"? ¿Cuándo? _____ ¿Dónde? _____		SÍ	NO
¿Alguna vez le han hecho una cateterización cardíaca? ¿Cuándo? _____ ¿Dónde? _____		SÍ	NO
¿Alguna vez ha tenido una angioplastia, cirugía del corazón o le han colocado un tubo expansible ("stent")? (encierre en un círculo) ¿Cuándo? _____		SÍ	NO
¿Tiene alguna vez latidos irregulares del corazón?		SÍ	NO
¿Alguna vez lo han hospitalizado por insuficiencia cardíaca? ¿Cuándo? _____		SÍ	NO
¿Tiene las piernas hinchadas?		SÍ	NO
¿Alguna vez ha tenido un coágulo de sangre en las piernas o los pulmones?		SÍ	NO
¿Alguna vez ha tenido una cirugía para facilitar el flujo de sangre en las piernas?		SÍ	NO
¿Tiene alguna dificultad para orinar?		SÍ	NO
¿Recibe diálisis? ¿Qué tipo? _____ ¿En qué días tiene diálisis? _____		SÍ	NO
¿Tiene un historial familiar o personal de tendencia a presentar moretones? ¿Quién? _____		SÍ	NO
¿Alguna vez ha tenido usted o un pariente dificultad con la anestesia? ¿Quién la tuvo y qué tipo de reacción? _____		SÍ	NO
¿Tiene un historial de derrame cerebral? Si es así, ¿presenta todavía alguna debilidad o deficiencia persistente?		SÍ	NO
¿Se examina usted misma los senos rutinariamente?		SÍ	NO
¿Tiene alguna secreción en los pezones?		SÍ	NO
¿Ha recibido quimioterapia o radiación durante los últimos 30 días?		SÍ	NO
¿Se ha sometido a alguna operación durante los últimos 30 días?		SÍ	NO
¿Tiene alguna herida abierta?		SÍ	NO
¿Sufre de ansiedad o depresión?		SÍ	NO
¿Vive independientemente?		SÍ	NO
1/30/12			