

**NUEVA BASE DE DATOS DE HISTORIA DEL PACIENTE**

Por favor complete el siguiente formulario. Deje en blanco las piezas que no está seguro o que no desea responder. Nosotros revisaremos este formulario con usted durante su examen. Toda la información se mantendrá confidencial.

¿Quien lo refirió a nuestra oficina? \_\_\_\_\_

¿Quién es su médico primario? \_\_\_\_\_

¿Qué farmacia utilizas? \_\_\_\_\_ Contacto#: \_\_\_\_\_

¿Cual es un buen número de contacto de su médico? \_\_\_\_\_

¿Cuál es el motivo de su visita hoy?

\_\_\_\_\_

Historia del problema actual (cuando empezó, los síntomas y el tratamiento si alguno):

\_\_\_\_\_

Tabaco: Sí / No Tipo: Cigarrillos / pipa / cigarros no. ¿por día? \_\_\_\_ No. años: \_\_\_\_

Tabaco: Nunca usado / tipo Si/No: tabaco sin humo (entre el labio inferior y goma) / mascar (entre la mejilla y goma)

Fecha que dejo de fumar: \_\_\_\_\_ ¿Esta usted listo para dejar de fumar? ¿ Sí/ No asesoramiento dado? Sí o no

Consumo de alcohol: Sí o No Comentario: \_\_\_\_\_

Uso de drogas ilícitas: Sí o No Comentario: \_\_\_\_\_

Su historial médico: Consulte todas las enfermedades anteriores o condiciones más abajo.

\_\_\_ Enfermedad pulmonar obstructiva crónica

\_\_\_ Asma

\_\_\_ Alta presión

\_\_\_ Enfermedad arterial coronaria

\_\_\_ Infarto de miocardio

\_\_\_ Insuficiencia cardíaca congestiva

\_\_\_ Hiperlipidemia

\_\_\_ Diabetes

\_\_\_ Insuficiencia Renal Crónica

\_\_\_ Obesidad

\_\_\_ Hipertiroidismo

\_\_\_ Hipotiroidismo

\_\_\_ Nodulo en la Tyroides

\_\_\_ Hiperparatiroidismo

\_\_\_ Enfermedad de Hashimoto

\_\_\_ Hipercalcemia

\_\_\_ Osteopenia

\_\_\_ Osteoporosis

\_\_\_ Deficiencia de vitamina D

\_\_\_ Piedras en los riñones

¿Tienes una historia de cáncer previo?

---



---

¿Cualquier otro problema medico?

---



---

Historia de cirugía:

En caso afirmativo, indique el tipo de cirugía y fecha aproximada:

---



---

¿Ha usted alguna vez sido hospitalizado? Sí / No Hospital: \_\_\_\_\_

Por favor díganos razón ¿por qué y Cuándo?

---



---

¿Es adoptado? Sí / No

Historia Medica Familiar			Cancer Suprarrenal	Tumor Cerebral	Cancer en la mama	Cancer en el Recto	Enfermedad Genetica	Cancer de rinones	Lucemia	Cancer de Higado	Linfoma	Piel de Melanoma	Cancer de Ovarios	Cancer de Pancreas	Parathyroid Tumor	Cancer de Prostata	Cancer de Estomago	Cancer de Tyroides	Cancer Uterino	Endometriosis	Cancer de huesos	Cancer en los pulmones	
			Relacion	Edad de Diagnostico	Vivo (V) o Fallecido (F)																		
Madre																							
Padre																							
Hermana																							
Hermano																							
Abuela Maternal																							
Abuelo Maternal																							
Abuela Paternal																							
Abuelo Paternal																							
Hija																							
Hijo																							
Tia Paternal																							
Tia Maternal																							
Tio Paternal																							
Tio Maternal																							
Primo																							
Prima																							
Otro:																							



**Informe sobre sistemas: Consulte todos los siguientes problemas que le van a hacer ahora.**

**General**

- Escalofrios
- Fiebre
- Disminucion del apetito
- Malestar/fatiga
- Sudores nocturnos
- Dolor
- Debilidad
- Aumento de peso
- Perdida de peso
- Caidas

**Sistema Endocrino**

- Intolerancia al frio
- Intolerancia al calor
- Diabetes
- Sed Excesiva
- Bochornos

**Ojos**

- Vision Borrosa
- Doble vision
- Dolor en el ojo
- Lagrimeo
- Cambios en la vision
- Ojos amarillos

**Genitourinary**

- Sangrado en la horina
- Ardor al horinar
- Dificultad para controlar
- Excesiva horina
- Frecuencia
- Disfuncion sexual
- Urgencia
- Sangre vaginal
- Problemas en la Vagina
- Masa
- Incontinencia

**Patient Label**

**Musculo-Esqueletico**

- Dolor de espalda
- Dolor de huesos
- Dolor de coyuntura
- Rigidez articular
- Dolor de Musculo
- Debilidad de Musculo
- Dolor de Cuello
- Traumatismo/ lesion

**Doblado/Linfa**

- Anemia
- Contusion facil/purga
- Inflamacion
- Inflamacion en los ganglios

**Cabeza, Oido, Nariz, Garganta**

- Cambios al oir
- Perdida al oir
- Ronquera
- Ulceras en la boca
- Sangrado en la nariz
- Dolor de oido otalgia
- Zumbido de los oidos
- Gotereo nasal
- Ulceras en la boca
- Dolor de garganta

**Respiratoria**

- Tos
- Tos con sangre
- Dificultad para respirar
- Produccion de esputo
- Pillido
- Dolor en los pulmones

**Psiquiatrica**

- Depresion
- Alucinaciones
- Insomnio
- Ansiedad
- Abuso de sustancias
- Ideas Suicidas

**Gastrointestinal**

- Dolor Abdominal
- Excremento negro
- Sangrado en el excremento
- Constipacion
- Diarrea
- Dificultad para pasar
- acidez
- Nausea
- Dolor al Pasar
- Vomito

**Neurologicos**

- Confusion
- dolor
- Desmayos
- Dolor de cabeza
- mareos
- Cambios en la memoria
- Entumecimiento
- Sensación de parestesia "pines y agujas"
- Convulciones
- Cambios al hablar
- Desequilibrado caminando
- Debilidad focal

**Mama**

- Dolor en los senos
- Tumor en los senos
- Descarga de seno
- Autoexamen de mama
- Cambios en la piel

**Piel**

- Moretones
- Bumps
- Changes In Moles
- comezon
- Cambio en las unas
- erupcion
- Cambio en la piel
- llagas

**Cardiovascular**

- Dolor en el pecho
- Palpitaciones
- inflamacion de pierna
- Dolor en la pierna
- Paroxistica Nocturna
- Dificultad para respirar y tos en la noche
- Ortopnea

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

Firma del proveedor médico/salud: \_\_\_\_\_