



Cuestionario de Antecedentes Médicos

Pacientes Establecidos

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Fecha de Hoy: _____

CUESTIONES QUE LE GUSTARIA MENCIONAR EL DIA DE HOY:

¿Hay alguna cuestión **NUEVA** que usted quisiera comentar durante su visita? Sí No

Si su respuesta es SI, por favor explique _____

Si usted tiene dolor, circule el nivel de dolor que siente actualmente en una escala del 1 al 10 (1 = casi no hay dolor y 10 = el dolor es intenso e insoportable):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿Ha recibido algún diagnóstico **NUEVO** desde su última visita? Sí No

Diagnóstico: _____ Fecha: _____

Diagnóstico: _____ Fecha: _____

¿Comenzó a tomar algún medicamento **NUEVO** desde su última visita? Sí No

Medicamento: _____ Dosis: _____

Medicamento: _____ Dosis: _____

¿Ha tenido alguna cirugía **NUEVA** desde su última visita? Sí No

Cirugía: _____ Fecha: _____

Cirugía: _____ Fecha: _____

¿Ha tenido alguna hospitalización **NUEVA** desde su última visita? Sí No

Motivo: _____ Fecha: _____

Motivo: _____ Fecha: _____

¿Ha tenido alguna alergia o reacción adversa **NUEVA** debido a los medicamentos durante el último año? Sí No

Si su respuesta es SI, por favor explique _____

ANTECEDENTES FAMILIARES: (Por favor indique la salud de **TODA** su familia inmediata – padres **biológicos** y hermanos(as) **de sangre** solamente)

¿Fue diagnosticado algún miembro de su familia con un padecimiento **NUEVO** o se sometió a una cirugía **NUEVA**?

Madre (Vive / Falleció) Sí No N/A Si su respuesta es SI, por favor describa _____

Padre (Vive / Falleció) Sí No N/A Si su respuesta es SI, por favor describa _____

Hermana 1 (Vive / Falleció) Sí No N/A Si su respuesta es SI, por favor describa _____

Hermana 2 (Vive / Falleció) Sí No N/A Si su respuesta es SI, por favor describa _____

Hermana 3 (Vive / Falleció) Sí No N/A Si su respuesta es SI, por favor describa _____

Hermano 1 (Vive / Falleció) Sí No N/A Si su respuesta es SI, por favor describa _____

Hermano 2 (Vive / Falleció) Sí No N/A Si su respuesta es SI, por favor describa _____

Hermano 3 (Vive / Falleció) Sí No N/A Si su respuesta es SI, por favor describa _____

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____

REVISION DE SISTEMAS:

Por favor marque el recuadro que corresponda a cualquiera de los siguientes síntomas o problemas que usted haya tenido recientemente o si tiene alguna inquietud sobre ellos. Si usted no comprende algo, anote un signo de interrogación "?" a un lado. Por favor marque el recuadro Normal si usted no tiene alguno de los síntomas o problemas enlistados en el recuadro correspondiente. Su médico comentará cualquier respuesta positiva con usted.

General: Normal

- Pérdida del apetito
- Escalofríos
- Cambios en la dieta
- Fatiga
- Fiebre
- Sudoración nocturna
- Temblores
- Aumento de peso
- Pérdida de peso

Piel: Normal

- Amaratamiento
- Cambio en verruga/lunar
- Vello grueso
- Piel áspera/rugosa
- Piel fría
- Labios partidos
- Resequedad
- Sudoración excesiva
- Crecimiento de vello
- Caída del cabello
- Urticaria
- Escozor/picazón
- Cambios en las uñas
- Lesiones nuevas
- Erupciones/salpullido
- Cambio de color de la piel
- Ulceraciones

Cuello: Normal

- Dolor del cuello
- Rigidez del cuello
- Inflamación del cuello
- Inflamación de glándulas

HEENT:

Normal

- Dolor de cabeza
- Visión borrosa
- Visión doble
- Lagrimeo excesivo
- Dolor en los ojos
- Enrojecimiento de ojos
- Glaucoma
- Pérdida visual
- Uso de anteojos/lentes de contacto
- Pérdida de la audición
- Secreciones del oído
- Infección del oído
- Dolor de oídos
- Campanilleo en los oídos
- Sensación de vértigo
- Goteo nasal
- Sangrado de la nariz
- Resfriados frecuentes
- Congestión nasal
- Estornudos
- Alergias de temporada
- Apnea del sueño
- Dolor de senos nasales
- Ronquidos
- Ulceras en boca o labios
- Sangrado de las encías
- Ronquera
- Irritación de la garganta
- Boca seca
- Disminución del sentido del olfato
- Entumecimiento/cosquilleo facial
- Menor sentido del gusto
- Sensación de asfixia

Respiratorio: Normal

- Tos
- Tos con sangre
- Menor tolerancia al ejercicio
- Dificultad para respirar
- Falta de respiración
- Expectoración
- Jadeo

Senos: Normal

- Masa en el seno
- Dolor de seno
- Inflamación de seno
- Secreción de los pezones
- Dolor en pezones
- Cambio de tamaño reciente
- Cambios en la piel

Cardiovascular: Normal

- Dolor de pecho
- Dificultad para respirar al estar acostado
- Presión arterial elevada
- Desvanecimiento/pérdida del conocimiento
- Soplos del corazón
- Stent coronario
- Latidos irregulares del corazón
- Calambres en las piernas
- Inflamación de las piernas
- Calambres nocturnos
- Frecuencia cardiaca rápida
- Frecuencia cardiaca lenta

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____

(Revisión de Sistemas – Continuación)

Gastrointestinal: Normal

- Masa abdominal
- Dolor abdominal
- Inflamación abdominal
- Eructos
- Heces negras y oscuras
- Estreñimiento
- Diarrea
- Dificultad para tragar
- Exceso de gases
- Intolerancia a la comida
- Se llena rápido al comer
- Hemorroides
- Acidez gástrica
- Incontinencia al evacuar
- Indigestión
- Ictericia
- Uso de laxantes
- Náusea
- Dolor al tragar
- Dolor al evacuar
- Sangrado del recto
- Vómito
- Vómito con sangre

Genitourinario: Normal

(Hombres y mujeres)

- Sangre en la orina
- Cambios en el chorro de orina
- Dolor de costado/lateral
- Vacilación urinaria
- Incontinencia
- Dolor al orinar
- Urgencia urinaria
- Retención urinaria
- Micción nocturna
- Filtración de orina

(Hombres solamente)

- Erecciones difíciles
- Lesiones del pene
- Masa testicular
- Dolor testicular
- Secreciones del pene

(Mujeres solamente)

- Ausencia de menstruación
- Dificultad para vaciar la vejiga
- Sangrado menstrual excesivo
- Sangrado no menstrual excesivo
- Micción excesiva
- Irregularidades en la menstruación
- Dolor al tener relaciones sexuales
- Menstruación dolorosa
- Dolor pélvico
- Secreciones de la uretra
- Sangrado vaginal
- Secreciones vaginales
- Resequedad vaginal
- Líquido vaginal
- Picazón/ardor vaginal

Musculoesquelético: Normal

- Dolor de espalda
- Disminución del rango de movimiento
- Dolor en articulaciones
- Enrojecimiento en articulaciones
- Rigidez en articulaciones
- Inflamación de articulaciones
- Pérdida muscular
- Calambres musculares
- Dolor muscular
- Debilidad muscular
- Inflamación muscular

Neurológico: Normal

- Disminución de la memoria
- Dificultad para hablar
- Mareo
- Distracción con facilidad
- Desmayos
- Hiperactividad
- Falta de coordinación
- Pérdida del conocimiento
- Entumecimiento
- Ataques
- Derrame cerebral
- Tremor
- Dificultad para caminar
- Sensación inusual
- Inestabilidad
- Debilidad en un brazo o una pierna
- Debilidad generalizada
- Espasmos musculares
- Hormigueo/cosquilleo

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Psiquiátrico: Normal

- Ansiedad
- Cambios en los patrones del sueño
- Depresión
- Desorientación
- Despertar temprano
- Irritabilidad
- Miedo/temor
- Llanto frecuente
- Alucinaciones
- Hipersomnia
- Pérdida de la memoria
- Cambios de humor
- Nerviosismo
- Ataques de pánico
- Pensamientos suicidas
- Planes suicidas
- Problemas para dormir
- Cambios de personalidad

Endocrino/Glándulas: Normal

- Cambios en el apetito
- Intolerancia al frío
- Disminución de la sudoración
- Sudoración excesiva
- Sed excesiva
- Cambios en el vello/cabello
- Intolerancia al calor
- Bochornos
- Cambios de la libido
- Disfunción sexual
- Problemas de la tiroides

Hematología: Normal

- Anemia
- Coágulos de sangre
- Amaratamiento con facilidad
- Sangrado con facilidad
- Agrandamiento de nódulos linfáticos
- Problemas de las glándulas
- Dolor en nódulos linfáticos