

Park Lakes Family Medicine, P.A.

Aesthetics, Wound Care & Hyperbaric Medicine



HISTORIAL MEDICO PARAPACIENTES NUEVOS

Sus respuestas a este cuestionario nos ayudara a brindarle un mejor servicio medico. Si es un paciente actual y necesita actualizar alguna informacion, usted puede llenar un cuestionario mas corto. Por favor llene todas las paginas (6 en total). Si no puede recordar algo con detalle, por favor de proveer la mayor respuesta posible. Si se siente incomodo con alguna pregunta, por favor no la responda. Gracias!

Nombre del Paciente: _____

Razon principal de su visita: _____

Otrapreocupaciones: _____

Cuales son susmetas de saludpara el proximoano? _____

En donde se estabaatendiendo antes? _____

REVISIÓN DESÍNTOMAS: Por favor, marque ycírcule la casilla y / o síntomas persistentes que ha tenido en los últimos meses. Lea cada sección y marque "sin problemas" si ninguno de los síntomas se aplican a usted.

<p>General</p> <p><input type="checkbox"/> Inexplicable perdida/aumento de peso</p> <p><input type="checkbox"/> Inexplicable fatiga/debilidad</p> <p><input type="checkbox"/> Se quedadormido en el diamientrasest sentado</p> <p><input type="checkbox"/> Fiebre, escalofrios</p> <p><input type="checkbox"/> Sin problemas</p> <p>Gastrointestinal</p> <p><input type="checkbox"/> Acidez / reflujo / indigestión</p> <p><input type="checkbox"/> Sangre o cambio en el movimiento intestinal</p> <p><input type="checkbox"/> Estreñimiento</p> <p><input type="checkbox"/> Sin problemas</p> <p>Respiratorio</p> <p><input type="checkbox"/> Tos / Jadeo</p> <p><input type="checkbox"/> Ronquidos altos/</p> <p><input type="checkbox"/> Falta de airecuando se esfuerza</p> <p><input type="checkbox"/> Sin problemas</p> <p>Ojos</p> <p><input type="checkbox"/> Cambio en la vision / dolor en la vista / enrojecimiento</p> <p><input type="checkbox"/> Sin problemas</p>	<p>Oidos/Nariz/Garganta</p> <p><input type="checkbox"/> Sangramiento de nariz, dificultadestrugando</p> <p><input type="checkbox"/> Frecuente dolor de garganta, perdida de voz</p> <p><input type="checkbox"/> Pérdidaauditiva/ Timbre o zumbido en los oidos</p> <p><input type="checkbox"/> Sin problemas</p> <p>Cardiovascular</p> <p><input type="checkbox"/> Dolor de pecho / Molestia</p> <p><input type="checkbox"/> Palpitaciones (rapidaz o latido del corazón irregular)</p> <p><input type="checkbox"/> Sin problemas</p> <p>Piel</p> <p><input type="checkbox"/> Nuevo o cambio en un topo/lunar/verruga</p> <p><input type="checkbox"/> Sarpullido/ Picazón</p> <p><input type="checkbox"/> Masa o bulto en el seno/dolor/secretión del pezón</p> <p><input type="checkbox"/> Sin Problemas</p> <p>Musculoesquelético</p> <p><input type="checkbox"/> Dolor en el cuello</p> <p><input type="checkbox"/> Dolor de espalda</p> <p><input type="checkbox"/> Dolor muscular / articular</p> <p><input type="checkbox"/> Sin Problemas</p>
---	--

<u>Genitourinario</u> <input type="checkbox"/> Filtración de orina <input type="checkbox"/> Sangre en la orina <input type="checkbox"/> Orina en la noche o aumento de la frecuencia <input type="checkbox"/> Supuración: pene/vagina <input type="checkbox"/> Preocupación con la función sexual <input type="checkbox"/> Sin Problemas	<u>Hematológico / Linfático</u> <input type="checkbox"/> Fácil aparición de moretones <input type="checkbox"/> Sin problemas
<u>Neurológico</u> <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza <input type="checkbox"/> Pérdida de la memoria <input type="checkbox"/> Desmayo <input type="checkbox"/> Mareo <input type="checkbox"/> Entumecimiento / hormigueo <input type="checkbox"/> Marcha/Paso inestable <input type="checkbox"/> Caídas frecuentes <input type="checkbox"/> Sin Problemas	<u>Endocrino</u> <input type="checkbox"/> Sensibilidad al frío/calor <input type="checkbox"/> Sin Problemas
<u>Solo Mujeres</u> <input type="checkbox"/> Distensión abdominal, cólicos, irritabilidad <input type="checkbox"/> Problema con los períodos menstruales <input type="checkbox"/> Sofocos / Sudores nocturnos <input type="checkbox"/> Sin Problemas	<u>Psiquiátrico</u> <input type="checkbox"/> Ansiedad / estrés / irritabilidad <input type="checkbox"/> Problemas con el sueño <input type="checkbox"/> Falta de concentración <input type="checkbox"/> Sin Problemas
	<u>Alérgico / Inmunológico</u> <input type="checkbox"/> Fiebre del heno / alergias <input type="checkbox"/> Infecciones frecuentes <input type="checkbox"/> Sin Problemas

INMUNIZACIONES: Marque cualquier vacuna que haya recibido. Añada el año si se lo sabe. Marque la siguiente casilla si no se sabe la información.

Tétanos (Td TosFerina (Tdap) Varicela (Chicken Pox) inyección o enfermedad

Pneumovax (neumonía) Influenza (gripe) Hepatitis A

Hepatitis B Papera Meningitis Zostavax (culebrina) HPV

MEDICAMENTOS: Por favor escriba (o muestren su propio registro impreso) el nombre de todas los medicamentos (con y sin receta), vitaminas, remedios caseros, píldoras anticonceptivas, hierbas y inhaladores que usted usa. Use el reverso de este formulario si necesita más espacio y déjenos saber que escribió allí. **NO TOMO MEDICAMENTOS**

<u>Nombre</u>	<u>Dosis (e.g. mg/pastilla)</u>	<u>Frecuencia</u>	<u>Nombre</u>	<u>Dosis (e.g. mg/pastilla)</u>	<u>Frecuencia</u>

Tiene alguna alergia o intolerancia a algun medicamento (incluya tipo de reacción):

NINGUNO

MANTENIMIENTO DE LA SALUD/ PRUEBAS DE DETECCIÓN:

Lípidos (Colesterol) Fecha _____ ¿Anormal? No Si
 Sigmoidoscopia o Colonoscopia (circuleuno) Fecha _____ ¿Pólipos? No Si

Solo Mujeres: Mamograma Fecha _____ ¿Anormal? No Si
 Papanicolaou Fecha _____ ¿Anormal? No Si
 Prueba de Densidad Ósea Fecha _____ ¿Anormal? No Si

HISTORIAL MÉDICO PERSONAL: ¿Tiene ahora (en curso) o ha tenido (en el pasado) alguna de las siguientes condiciones? NINGUNO

Condición	Pasado	Presente	Condición	Pasado	Presente
Acidez	___	___	Enfermedad/ Arterias Coronarias	___	___
Alcohol / Abuso de drogas	___	___	Enfermedad/ Vesícula biliar	___	___
Alergias (Fiebre del Heno)	___	___	Enfermedades de la piel (eczema)	___	___
Anemia	___	___	Enfermedades de la piel (lunares anormales)	___	___
Ansiedad	___	___	Enfermedades de la piel (psoriasis)	___	___
Apnea del sueño	___	___	Enfisema	___	___
Artritis (osteoartritis)	___	___	Fracturas (Huesos rotos)	___	___
Artritis (reumatoide)	___	___	Glaucoma	___	___
Asma	___	___	Gota	___	___
Ataque del corazón	___	___	Hepatitis-A	___	___
Bulto en la mama (benignos)	___	___	Hepatitis-B	___	___
Cáncer de Colon	___	___	Hepatitis-C	___	___
Cáncer de Mama	___	___	Hepatitis-Otros	___	___
Cáncer de Otro tipo	___	___	Hip Fracture	___	___
Cáncer de Ovario	___	___	Hipertensión	___	___
Cáncer de Próstata	___	___	Migraña	___	___
Cataratas	___	___	Neumonía	___	___
Coágulo de Sangre (de los pulmones)	___	___	Osteoporosis	___	___
Coágulo de sangre (pierna)	___	___	Otro	___	___
Colesterol Alto	___	___	Piedras en los riñones	___	___
Condiciones ginecológicas (miomas)	___	___	Pólipos de Colon	___	___
Condiciones ginecológicas (Otros)	___	___	Problemas con la Vejiga / Riñón	___	___
Condiciones ginecológicos (endometriosis)	___	___	Próstata (agrandamiento)	___	___
Convulsiones / Epilepsia	___	___	Próstata (nódulos)	___	___
Depresión	___	___	Síndrome del Intestino Irritable	___	___
Diabetes (Adulto)	___	___	Tiroides (hiperactiva) / Hipertiroidismo	___	___
Diabetes (Infantil/Jovenil)	___	___	Tiroides (nódulo)	___	___
Diverticulosis	___	___	Tiroides baja (poco activa) / Hipotiroidismo	___	___
Enfermedad hepática	___	___	Transfusión de sangre	___	___
Enfermedad renal / Fallo	___	___	Úlcera de estómago	___	___
			Varicela	___	___

HISTORIAL QUIRÚRGICO– Por favor marque cualquier procedimiento o cirugías. Enumere cualquier hallazgo anormal o complicaciones. **NINGUNO**

Cirugía	Si	Año	Comentarios
Biopsia (ubicación)	_____	_____	_____
Biopsia de mama	_____	_____	_____
Bypass coronario	_____	_____	_____
Catarata	_____	_____	_____
Cirugía abdominal	_____	_____	_____
Cirugía de cadera	_____	_____	_____
Cirugía de corazón (no bypass coronario)	_____	_____	_____
Cirugía de cuello	_____	_____	_____
Cirugía de la Cerviz	_____	_____	_____
Cirugía de la espalda (lumbar)	_____	_____	_____
Cirugía de la sinus	_____	_____	_____
Cirugía de mama	_____	_____	_____
Cirugía de rodilla	_____	_____	_____
Colonoscopia	_____	_____	_____
Endoscopia del estómago	_____	_____	_____
Extirpación de la vesícula	_____	_____	_____
Extirpación de Ovario	_____	_____	_____
Histerectomía (parcial)	_____	_____	_____
Histerectomía (total)	_____	_____	_____
Ligadura de Ovarios (trompas)	_____	_____	_____
Sigmoidoscopia	_____	_____	_____
Stent coronario	_____	_____	_____
Vasectomía	_____	_____	_____

MUJERES/ HISTORIAL DE SALUD

¿Número total de embarazos: _____

¿Número de nacimientos: _____

¿Fecha (mes / día si se conoce) de la última menstruación si usted todavía está menstruando:

¿A que edad comenzó su periodo (menstruación): _____

¿A que edad tuvo su ultimo periodo (menopausia): _____

¿Es usted adoptado?– Si/ No (Por favor circule) Si usted no conoce su historial familiar omite esta sección y continúe en la página 6 (Otros Temas de Salud)

HISTORIAL FAMILIAR - Indique si alguno de sus parientes cercanos ha tenido las enfermedades mencionadas (Padres y hermanos son los más importantes).

AB = Abuelos (Indique si **maternos** / **paternos**)

Enfermedad	Madre	Padre	Hermanos/as	AB(M/P)
No hay antecedentes importantes	---	---	---	---
Alcoholismo / Abuso de Drogas	---	---	---	---
Alzheimer	---	---	---	---
Asma	---	---	---	---
Cáncer de colon	---	---	---	---
Cáncer de mama	---	---	---	---
Cáncer de otro tipo	---	---	---	---
Cáncer de ovario	---	---	---	---
Cáncer de Próstata	---	---	---	---
Colesterol alto	---	---	---	---
Degeneración de la retina	---	---	---	---
Depresión / Suicidio / Ansiedad	---	---	---	---
Diabetes (Adulto)	---	---	---	---
Diabetes (comienzo Niño)	---	---	---	---
Enfermedad arterial coronaria (Infarto, Angina)	---	---	---	---
Enfermedad del corazón	---	---	---	---
Enfermedades Autoinmunes	---	---	---	---
Enfisema	---	---	---	---
Fractura de Cadera	---	---	---	---
Glaucoma	---	---	---	---
Hepatitis B o C	---	---	---	---
Migraña	---	---	---	---
Osteoporosis	---	---	---	---
Piedras en los riñones	---	---	---	---
Pólipos de Colon	---	---	---	---
Presión arterial alta- Hipertensión	---	---	---	---
Problemas de Tiroide	---	---	---	---
Problemas renales	---	---	---	---
Sangrado o trastornos de coagulación	---	---	---	---
Trastorno Genético (explique)	---	---	---	---
Otro	---	---	---	---

OTROS PROBLEMAS DE SALUD

Actividad sexual

Sostiene relaciones sexuales actualmente: No Sí

Pareja (s) es / son / han sido: Masculino Femenino

Método anticonceptivo (circule debajo todo lo que corresponda): No necesito
 condón, píldora, diafragma, vasectomía, Otro _____

Alcohol

¿Bebe alcohol? No Sí

De bebidas / semana: _____ Cerveza Vino Licor

Dieta

¿Cómo calificaría su dieta? Bueno Regular Pobre

¿Le gustaría consejos sobre dieta? No Sí

Drogas

¿Utiliza la marihuana o drogas recreativas? No Sí

¿Alguna vez ha usado agujas para inyectarse drogas? No Sí

Ejercicio

¿Hace ejercicio regularmente? Sí No

¿Qué tipo de ejercicio? _____

¿Cuánto tiempo (minutos)? _____

¿Con qué frecuencia? _____

Tabaco

Fuma cigarrillos: Nunca No Sí

Fecha que paro: _____ ¿Cuántos años fumo? _____

¿Aproximadamente cuántos paquetes por día fumabas? _____

Fumador actual: Paquetes / día: _____ # de años: _____

Usa algún otro tipo de producto de tabaco que no sea cigarro? Si/ No.

Si su respuesta es si, por favor especifique. _____

GRACIAS POR TOMARSE EL TIEMPO DE LLENAR ESTE FORMULARIO!!!!!!

