

## Formulario de historia clínica del paciente

Nombre del paciente \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) \_\_\_\_\_

Motivo de la visita de hoy: \_\_\_\_\_

¿Cuándo comenzaron los síntomas? \_\_\_\_\_

**Lugar:** \_\_\_\_\_

**Aparición: Elija una opción:**  Gradual  Repentina  Otra

**Duración:** \_\_\_\_\_

**Gravedad: Elija una opción:**  Leve  Moderada  Grave  Incapacitante  Otra

**Contexto: (al caminar, etc.)** \_\_\_\_\_

**Estado: Elija una opción:**  Nuevo diagnóstico  Mejoría  Estable  Empeoramiento  
 Resuelto

Factores agravantes: \_\_\_\_\_

Aliviados por: \_\_\_\_\_

### Indique las afecciones crónicas que tenga:

Afección	Fecha de aparición	Afección	Fecha de aparición
Anemia		Problemas oculares	
Ansiedad		Trastorno por reflujo gastroesofágico	
Artritis		Dolores de cabeza	
Infecciones de la vejiga		Ataque cardíaco (infarto de miocardio)	
Cáncer (Tipo: _____)		Hepatitis	
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica		Hipertensión	
Estreñimiento/diarrea		Insomnio	
Depresión		Síndrome del colon irritable	
Diabetes tipo 1		Accidente cerebrovascular	
Diabetes tipo 2		Enfermedad de la tiroides	
		Otra	

**Mencione todos los medicamentos que toma actualmente (incluidos los de venta sin receta o las vitaminas o los suplementos de venta libre)**

1.	7.
2.	8.
3.	9.
4.	10.
5.	11.
6.	12.

**¿Tiene actualmente alguna alergia? (Incluye medicamentos, alimentos, animales, plantas o factores ambientales).**

1.	
2.	
3.	
4.	

**Indique sus antecedentes médicos previos:**

<input type="checkbox"/> Alergias (estacionales) <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Angina de pecho <input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Fibrilación auricular <input type="checkbox"/> Hipertrofia prostática benigna <input type="checkbox"/> Coágulos sanguíneos <input type="checkbox"/> Cáncer (Tipo: _____) <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular	<input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar obstructiva crónica <input type="checkbox"/> Enfermedad de las arterias coronarias <input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Enfermedad de la vesícula <input type="checkbox"/> Enfermedad por reflujo gastroesofágico <input type="checkbox"/> Hepatitis C <input type="checkbox"/> Hiperlipidemia <input type="checkbox"/> Hipertensión	<input type="checkbox"/> Enfermedad de colon irritable <input type="checkbox"/> Enfermedad hepática <input type="checkbox"/> Migrañas <input type="checkbox"/> Infarto de miocardio/ataque cardíaco <input type="checkbox"/> Osteoartritis <input type="checkbox"/> Osteoporosis <input type="checkbox"/> Úlcera gastroduodenal <input type="checkbox"/> Enfermedad renal <input type="checkbox"/> Trastorno convulsivo <input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroides
Otros:		

**Indique sus antecedentes quirúrgicos previos:**

<input type="checkbox"/> Angioplastia	Año _____	Reparación de hernia	Año _____
<input type="checkbox"/> Angio c/endoprótesis	Año _____	Reemplazo de cadera	Año _____
<input type="checkbox"/> Apendicectomía	Año _____	Reemplazo de rodilla	Año _____
<input type="checkbox"/> Cirugía de columna	Año _____	LASIK	Año _____
<input type="checkbox"/> Cirugía de revascularización coronaria	Año _____	Biopsia hepática	Año _____
<input type="checkbox"/> Liberación del túnel carpiano	Año _____	Reducción abierta y fijación interna	Año _____
<input type="checkbox"/> Extracción de cataratas	Año _____	Marcapasos	Año _____
<input type="checkbox"/> Colectomía	Año _____	Resección del intestino delgado	Año _____
<input type="checkbox"/> Colectomía	Año _____	Tiroidectomía	Año _____
<input type="checkbox"/> Colostomía	Año _____	Amigdalectomía	Año _____
<input type="checkbox"/> Derivación gástrica	Año _____		
Otros:			

**Antecedentes familiares**

Parentesco	Vivo y sano (s/n)	Afección /Diagnóstico	Edad al momento de la aparición	Causa de la muerte (s/n)
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				

**Antecedentes sociales: Consumo de tabaco**

<b>Consumo de tabaco:</b> <input type="checkbox"/> Actualmente <input type="checkbox"/> Antes <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Se desconoce	<b>Tipo:</b> <input type="checkbox"/> De mascar <input type="checkbox"/> Cigarro <input type="checkbox"/> Cigarrillos <input type="checkbox"/> Pipa <input type="checkbox"/> Sin humo <input type="checkbox"/> Rapé	<b>Cantidad por día:</b> _____	<b>Año(s) de uso:</b> _____	<b>¿Ha intentado dejar el hábito alguna vez? (s/n)</b> _____  Año en el que dejó: _____
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------

**Antecedentes sociales: Alcohol**

<b>Sí/No/Antes</b> _____	<b>En caso afirmativo, indique el tipo:</b> _____	<b>Frecuencia:</b> _____
<b>Si consumía antes, ¿cuándo dejó?</b> _____	<b>Cantidad:</b> _____	<b>Última vez que bebió:</b> _____

**Antecedentes sociales: Cafeína**

<b>Consumo:</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<b>Tipo:</b> <input type="checkbox"/> Chocolate <input type="checkbox"/> Café <input type="checkbox"/> Bebidas energéticas <input type="checkbox"/> Refrescos <input type="checkbox"/> Comprimidos <input type="checkbox"/> Té	<b>Cantidad por día:</b> _____
-------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------

Firma del paciente:

Fecha: