



NOMBRE DEL PACIENTE: _____ **FECHA:** ____/____/____ **REG MED #:** _____
FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ **EDAD:** _____ **ALTURA:** _____ **PIES** _____ **PULG PESO:** _____ **LBS**
Nombre del Médico que lo refirió: _____ **Teléfono del Médico que lo refirió #:** _____
Dirección del Médico que lo refirió: _____
Medico de Cuidado Primario (si es diferente) _____ **Teléfono #:** _____
Raza: Blanco Negro Hispano/Latino Asiático Otra: _____ **Sexo:** Femenino Masculino
Etnicidad: _____
Motivo de su visita hoy: _____

Nombre de la farmacia: _____ **Dirección:** _____ **Ciudad:** _____ **Código:** _____
Teléfono de la farmacia: _____ **# Fax de la farmacia:** _____

Alergia a drogas: _____
Otras alergias: _____

MEDICAMENTOS ACTUALES: Por favor enumere cualquier medicamento prescrito, medicamentos y suplementos de vitamina sin prescripción que esté tomando rutinariamente:

Nombre de la droga o suplemento:	Concentración (mg):	Frecuencia (# de veces al día)

HISTORIA MEDICA: Por favor marque cualquiera de las siguientes condiciones que **Usted** haya tenido o tenga en el presente:

- | | | | | |
|-------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> UTI - infecciones crónicas del tracto urinario | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Lupus | <input type="checkbox"/> Trastornos convulsivos |
| <input type="checkbox"/> Dolor de pecho | <input type="checkbox"/> Falla cardiaca congestiva | <input type="checkbox"/> Divertículos | <input type="checkbox"/> Migrañas | <input type="checkbox"/> Enfermedad de células falciformes |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> COPD - Enfermedad pulmonar obstructiva crónica | <input type="checkbox"/> GERD - Enfermedad por reflujo gastroesofágico | <input type="checkbox"/> Ataque del corazón | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroides |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Arteria Coronaria | <input type="checkbox"/> Gota | <input type="checkbox"/> Enfermedad neurológica | <input type="checkbox"/> Cálculos renales |
| <input type="checkbox"/> BPH - Hiperplasia benigna de próstata | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Hepatitis C | <input type="checkbox"/> Osteoartritis | <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca valvular |
| <input type="checkbox"/> Cáncer- Tipo: _____ | | <input type="checkbox"/> Hipercolesterolemia | <input type="checkbox"/> Osteoporosis | |
| <input type="checkbox"/> CVA - Accidente vascular cerebral/Ataque | | <input type="checkbox"/> Hiperlipidemia | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Parkinson | |
| | | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> Ulcera péptica | |
| | | <input type="checkbox"/> Inflamación intestinal | <input type="checkbox"/> Enfermedad vascular periférica | |
| | | <input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado | <input type="checkbox"/> Enfermedad Renal/Riñones | |
| | | | <input type="checkbox"/> Artritis reumatoide | |

♀ **SOLO MUJERES:** Fecha de su último periodo menstrual: ____/____/____ Fecha de su ultimo Papanicolaou: ____/____/____ ♀

HISTORIA QUIRÚRGICA: Por favor marque cualquiera de los siguientes procedimientos que haya llevado a cabo y su fecha.

	Año		Año		Año	♀ Solo mujeres	Año	♂ Solo hombres	Año
<input type="checkbox"/> Adrenalectomía		<input type="checkbox"/> Cistoscopia		<input type="checkbox"/> Biopsia del hígado					
<input type="checkbox"/> Apendicetomía		<input type="checkbox"/> ESWL - Litotricia extracorpórea		<input type="checkbox"/> Riñón extirpado		<input type="checkbox"/> Suspensión de la vejiga		<input type="checkbox"/> Braquiterapia	
<input type="checkbox"/> Cirugía de espalda		<input type="checkbox"/> Derivación gástrica		<input type="checkbox"/> Marcapasos		<input type="checkbox"/> Biopsia de las mamas		<input type="checkbox"/> Circuncisión	
<input type="checkbox"/> Aumento de vejiga		<input type="checkbox"/> Reparación de hernia		<input type="checkbox"/> Extracción de cálculo percutáneo		<input type="checkbox"/> Cesárea		<input type="checkbox"/> Reparación de hernia	
<input type="checkbox"/> CABG - Injerto de bypass de arteria coronaria		Tipo: _____		<input type="checkbox"/> Extracción de cálculos renales		<input type="checkbox"/> Histerectomía abdominal		<input type="checkbox"/> Hidrocelectomía	
<input type="checkbox"/> Vesícula biliar				<input type="checkbox"/> Stents ureterales colocados		<input type="checkbox"/> Mastectomía		<input type="checkbox"/> Laser de próstata	
<input type="checkbox"/> Colectomía		<input type="checkbox"/> Reemplazo de cadera		Otros:		<input type="checkbox"/> Cabestrillo vaginal		<input type="checkbox"/> Orquiectomía	
<input type="checkbox"/> Cirugía de colon		<input type="checkbox"/> Reemplazo de rodilla		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> TAH / BSO Histerectomía		<input type="checkbox"/> Prótesis de pene	

					abdominal total /Salpingo-ooforectomía bilateral		
<input type="checkbox"/> Stent coronario		<input type="checkbox"/> Laparoscopia		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ligadura de trompas		<input type="checkbox"/> Biopsia de próstata
<input type="checkbox"/> Extracción de vejiga		<input type="checkbox"/> Litotricia		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Histerectomía Vaginal		<input type="checkbox"/> Prostatectomía
							<input type="checkbox"/> Espermatoclectomía
							<input type="checkbox"/> TURP - resección transuretral de la próstata
							<input type="checkbox"/> Ligadura de varicocele
							<input type="checkbox"/> Vasectomía

Página 2

Nombre del paciente: _____ **Reg Med #:** _____

LISTA DE PROBLEMAS CRÓNICOS: Por favor enumere cualquier problema de salud **crónico** que usted tenga

Problema: _____ Fecha de comienzo: _____ Tratamiento: _____
 Problema: _____ Fecha de comienzo: _____ Tratamiento: _____
 Problema: _____ Fecha de comienzo: _____ Tratamiento: _____
 Problema: _____ Fecha de comienzo: _____ Tratamiento: _____

HISTORIA FAMILIAR: Por favor marque cualquiera de las condiciones siguientes que apliquen a sus miembros de la familia e incluya su parentesco:

Diagnosis:	Si	No	Parentesco:	Diagnosis:	Si	No	Parentesco
Enfermedad de la sangre				Colesterol alto			
BPH - Hiperplasia benigna de próstata				Presión sanguínea alta			
Cáncer				Enfermedad inflamatoria intestinal			
Tipo:				Migrañas			
CVA - Accidente vascular cerebral/Ataque				Insuficiencia renal			
Enfermedad de arteria coronaria				Trastornos de convulsión			
Diabetes				Trastorno de tiroides			
Eczema				Infecciones del tracto urinario			
Gota				Cálculos renales			
Discapacidad auditiva				Otros:			
Otros:							

Estado Marital/Familiar:

Estado actual: Soltero Casado Divorciado Viudo(a) ¿Enviado anteriormente? Si No ¿Divorcio previo? Si No
 ¿Tiene hijos? Si No Si tiene, entonces cuántos: _____

ESTILO DE VIDA:

Ocupación: _____
 ¿Hace ejercicios? Si No Si, Tipo: _____ Frecuencia: _____ por _____ Horas por semana: _____

TABACO:

¿Usa tabaco? En la actualidad Usaba Nunca No sabe
 Tipo de tabaco: _____ Unidades por día: _____ Años de uso: _____ Paquetes al año: _____
 Fecha en que paró: _____ Mayor tiempo libre de tabaco: _____ Motivo de Recaída: _____
 Actualmente fuma todos los días Fumador, estado actual desconocido Ex fumador
 Actualmente fuma algunos días Nunca fuma Desconoce si fumó alguna vez

CAFÉINA: Si No **ALCOHOL:** Si No Anteriormente Año que lo dejó: _____

Tipo: _____, _____ Tipo: _____ Frecuencia: _____
 Cantidad diaria: _____ Cantidad: _____ por _____ Ultimo trago: _____

REVISIÓN DE SISTEMAS: Por favor marque todas Si o no

Constitucional--Neg

No Si

- escalofríos
 fiebre

- bocio

Neurológico--Neg

No Si

- mareo

Heent--Neg

No Si

- visión doble

Musculoskeletal-Neg

No Si

- dolor de espalda

Respiratorio--Neg

No Si

- disnea
(falta de aire)

Hema/Linfática-Neg

No Si

- sangra
fácilmente

petequia/moretones
fácilmente

Cardiovascular--Neg

No Si

- dolor de
pecho

11 Sistema ROS **TodoNegativo****Gastrointestinal-Neg**

No Si

- diarrea

Integumentario --Neg

No Si

- salpullido

Psiquiátrico--Neg

No Si

- ansiedad

Metabólico/Endocrino--**Neg**

No Si