

**HISTORIA DE PACIENTE NUEVO**

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_ **FECHA DE NACIMIENTO:** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_

**DIRECCIÓN:** \_\_\_\_\_

**CIUDAD:** \_\_\_\_\_ **ESTADO/CÓDIGO POSTAL:** \_\_\_\_\_

**TELEFONO (CASA):** ( ) \_\_\_\_\_ **TELEFONO DEL TRABAJO:** ( ) \_\_\_\_\_

**EMPLEADOR:** \_\_\_\_\_ **SEGURO:** \_\_\_\_\_

**NOMBRE DEL ESPOSO/A O PAREJA:** \_\_\_\_\_ **RECOMENDADO POR:** \_\_\_\_\_

**HISTORIA PERSONAL**

ENFERMEDADES IMPORTANTES	SI	NO		YES	NO
Asma			Cáncer		
Enfermedad de la Tiroides			Úlcera		
Presión Arterial Elevada			Depresión/ansiedad		
Infecciones/cálculos de los Riñones			Anemia/Transfusiones de Sangre		
Coágulos sanguíneos/Pulmonares. Embolias/DVT			Convulsiones/epilepsia		
Ataque al corazón/infarto del miocardio			Problemas Intestinales/constipación/diarrea		
Enfermedad cardíaca/murmullo			Colesterol elevado/Alteración de los Lípidos		
Diabetes			Artritis/dolor en las articulaciones		
COPD/Enfisema/Enfermedad Pulmonar			HIV/SIDA		
Ataque cerebral (Apoplejía)			Hepatitis B ó C		
Fiebre Reumática			Otras Enfermedades		

**CIRUGÍAS ANTERIORES/HOSPITALIZACIONES/ENFERMEDADES/LESIONES**

Procedimiento/Razón	Mes/Año	Procedimiento/Razón	Mes/Año

**HISTORIA DE OBSTETRICIA**

Partos Vaginales:	Cesáreas:	Abortos
Abortos espontáneos		Hijos vivos

**HISTORIA GINECOLÓGICA**

ÚLTIMO PERÍODO MENSTRUAL: / / NORMAL: Sí No DURACIÓN DE LA DESCARGA:: DÍAS FRECUENCIA:

EDAD DEL PRIMER PERÍODO:

ÚLTIMO PAP: / / NORMAL: Sí No HISTORIA DE PAPS ANORMALES :

ÚLTIMO MAMOGRAMA: / / TIPO DE CONTROL DE LA NATALIDAD: \_\_\_\_\_

ACTIVIDAD SEXUAL : Sí No NÚMERO DE PAREJAS EN SU VIDA: \_\_\_\_\_ EDAD DE LA PAREJA ACTUAL

HISTORIA DE INFECCIONES TRANSMITIDAS SEXUALMENTE (HIV, SÍFILIS, HERPES GENITAL, VERRUGAS GENITALES, HEPATITIS B ó C, TRICOMONAS)

Sí No Si DIJO SÍ, CUÁLES: \_\_\_\_\_

SI DIJO SÍ, ÚLTIMA FECHA DE LA INFECCIÓN/APARICIÓN: \_\_\_\_\_

### MEDICINAS QUE USA ACTUALMENTE

Nombre de la droga	Dosis	Nombre de la droga	Dosis

ALERGIAS A DROGAS: NO      Sí, CUÁLES? \_\_\_\_\_

### HISTORIA DE LA FAMILIA

Enfermedades	Sí	Familiar	Enfermedades	Sí	Familiar
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Beber en exceso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ataque cerebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cáncer de seno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad cardíaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cáncer de Colon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presión Arterial Elevada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ovarios, Cervix, otro Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### HISTORIA SOCIAL

Hábitos					
Fuma	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Paquetes por día _____ Años _____
Uso del Alcohol	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Cuántos por día _____ Por semana _____
Uso de Drogas	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	
Usa cinturón de seguridad	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	
Ejercicio Regular	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	
Datos Personales					
Estado Civil	Casada	<input type="checkbox"/>	Soltera	<input type="checkbox"/>	Viuda <input type="checkbox"/> Divorciada <input type="checkbox"/>
Número de hijos vivos	_____				
Número de personas en la casa	_____				
Escuela Primaria	Escuela Secundaria	<input type="checkbox"/>	College	<input type="checkbox"/>	Escuela de Graduados <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>
Trabajo actual o el más reciente	_____				

### REVISIÓN DE SISTEMAS

POR FAVOR, MARQUE (X) SI ALGO DE LOS SIGUIENTE SE APLICA A USTED AHORA, EN EL PASADO O A MENUDO

1. CONSTITUCIONAL	Sí	No	Ocasionalmente	NOTAS
Pérdida de Peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Aumento de Peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fiebre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fatiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Ojos				
Doble visión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ve Manchas en los ojos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cambios en la Visión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. NARIZ, GARGANTA, OÍDOS/BOCA				
Dolor de oído	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sonidos en el oído	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sinusitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dolor de garganta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dolores en la boca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Problemas Dentales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. CARDIOVASCULAR				
Dolor al respirar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dolor en el pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dificultad al respirar cuando está cansada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hinchazón en las piernas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Palpitaciones del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. RESPIRATORIO				
Silbidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Escupe sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dificultad para respirar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tos, crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
GASTROINTESTINAL				
	Sí	No	OCASIONAL	NOTAS

POR FAVOR, MARQUE (X) SI ALGO DE LOS SIGUIENTE SE APLICA A USTED AHORA, EN EL PASADO O A MENUDO

Diarrea, frecuente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Feces oscuras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Náusea/vómitos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Constipación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**6. GENITOURINARIA**

Sangre en la orina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor al orinar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urgencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frecuencia de orinar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vaciado Incompleto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Incontinencia nerviosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Periodos anormales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor durante el acto sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**8. MÚSCULO ESQUELÉTICO**

Debilidad muscular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor en las articulaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**9. PIEL/SENOS**

Dolor en los senos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Descarga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Masas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ulceras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erupciones, salpullido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**10. SISTEMA NERVIOSO**

Mareos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Adormecimientos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dificultad para caminar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**11. PSIQUIÁTRICA**

Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Llora, con frecuencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**12. ENDOCRINA**

Piel seca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sed Anormal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ataques de calor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**13. HEMATOLOGÍA LINFÁTICA**

Morados, frecuentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cortes que no dejan de sangrar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nódulos linfáticos hinchados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**14. ALERGIAS/INMUNOLOGÍA**

Alergias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Drogas, otras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Completado por: Paciente  Enfermería  Médico

Firma del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de la revisión del médico con el paciente: \_\_\_\_\_

Firma del médico: \_\_\_\_\_

Revisión Anual de la historia

Fecha de la revisión: \_\_\_\_\_

Firma del médico: \_\_\_\_\_

Fecha de la revisión: \_\_\_\_\_

Firma del médico: \_\_\_\_\_

Fecha de la revisión: \_\_\_\_\_

Firma del médico: \_\_\_\_\_

Fecha de la revisión: \_\_\_\_\_

Firma del médico: \_\_\_\_\_