

Jason W. Neef, M.D.

Obstetricia & Ginecología

11797 S Freeway, Ste 358, Burleson, TX 76028

817-568-8731, Fax 817-568-8732



HMA

huguley medical associates

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 PAPS: / / 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 O 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"/> | |

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

Dificultad para respirar
Tos, crónica

| GASTROINTESTINAL | Sí | No | OCASIONAL | NOTAS |
|--------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------|
| 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: _____