

**Historial de Nuevo Paciente**

**Nombre:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Edad**:\_\_\_\_\_\_\_\_  **Sexo:** *Mujer Hombre* **Raza**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Contacto de emergencia:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Relacion:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**# Telefonico:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Razon de la visita de hoy:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Historial Medico: Tiene, o alguna vez a tenido algunos de los problemas que estan a continuacion:**

Favor de **circular TODOS** los que applican:

Transtorno de ansiedad Coagulos en la sangre Acides/Reflujo Poliquistosis Ovarica

Asma EPOC Hepatitis Sindrome de las Piernas

Enfermedad Autoinmune Uso de Coumadin Ataques cardiacos Inquietas (RLS)

Aneurisma Depresion Defectos de la valvula cardiac Esquizofrenia

Artritis Diabetes Tipo I VIH o SIDA Convulsiones

Transtorno Bipolar (dependiente de insulina) Hipertension Anemia (celulas falciforme

Transtorno de sangrado Diabetes Tipo II Hipertiroidismo Desorden de la piel (Acne,

Cataratas (independiente de insulin) Glaucoma Psoriasis, Eccema)

Cancer Diabetes Insipida Osteoporosis Derrame/Embolia

Quimioterapia Diabetes (desconosido) Inflamacion del pancreas Anemia de cooley

 Dialisis Defectos Visuales Transfusiones

 Tuberculosis

Otros:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Favor de anotar todas las **Cirugias o Ingresos** al hospital que haya tenido en el pasado:

|  |  |
| --- | --- |
| **Fecha:** | Cirugia o Razon de Hospitalizacion: |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Lista de Medicamentos:** Utilize el lado contrario de la pagina si es necesario:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre | Dosis | Frequencia | Razon |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Allergias a Medicamentos:**

|  |  |
| --- | --- |
| Medicamento | Reaccion |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Provider Initial: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Historial Familiar:** Favor de marcar si algun familiar a padecido de estas condiciones

Liste familiares (padre, madre, abuela/o, hermano/a, hijo/a)

|  |  |
| --- | --- |
| Enfermedades Cardiacas |  |
| Hipertension |  |
| Derrame/ Embolia |  |
| Diabetes |  |
| Cancer | Typo- |
| Enfermedades del Rinon |  |
| Transtornos de sangrado/Coagulos |  |
| Enfermedad de Tiroides |  |
| Transtornos Mentales |  |
| Osteoporosis |  |
| Epilepsia /convulsiones |  |
| Glaucoma |  |
| Otros |  |

**Mujeres: Hombres:**

|  |  |
| --- | --- |
| Fecha de ultimo Periodo Menstrual |  |
|  # total de Embarazos |  |
| # total de partos |  |
| # de abortos |  |
| A que Edad Empezo a Menstruar? |  |
| A que Edad Comenso la Menopausia |  |
| A que edad tuvo su primer relacion sexual? |  |
| Alguna vez a tenido alguno de los siguientes? (favor de circular) -Embarazo Ectopico -Histerectomia (parcial o complete)- Ablacion-Ligacion de Trompas  |  |

|  |
| --- |
| Tiene dificultad al orinar?Hace fuerzas frequentemente al orinar?El flujo de orina es menor que usualmente?Siente que la vejiga queda completamente vacia despues de orinar?Se levanta frequentemente por las noches para ir a orinar?Tiene dificultad para lograr o mantener una ereccion?Tiene dificultad para eyacular? |

**Alguna vez se a realizado algunos de los siguientes examenes?**

**Alguna vez se a realizado algunos de los siguientes examenes?**

|  |  |
| --- | --- |
| **Examen** | **Ano/ Razon/ Resultado** |
| Papanicolao |  |
| Biopsia de la prostata |  |
| Mammograma |  |
| Colonoscopia |  |
| Endoscopia |  |
| Electrocardiograma |  |
| Prueba de esfuerzo cardiaco |  |
| Echocardiograma |  |
| Radiografia del pecho |  |
| Tomografia axial computarizada |  |
| EEG |  |
| Densiometria |  |
| Otra |  |

Provider Initial: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Historia Social:**

Historial de tabaquismo: Marque la caja que aplica a usted.

1. Es usted un: □ Fumador actual □ Ex fumador □ No es fumador.

2. Usted Fuma: □ Cigarillos □ Cigarros □ Pipas

3. Si usted es un fumador/a actual: Con que frequencia fuma?

□ Todos los dias □ Algnos dias, pero no todos los dias.

4. Si es usted un fumador/a actual: cuantos cigarros fumas por dia?

□ 5 o menos □ 6-10 □11-20 □ 11-20 □ 21-30 □ 31-60

5. Si es usted un fumador/a actual: Que tan pronto despues de despertarse fuma su primer cigarillo?

□ Dentro de 5 minutos □ 6-30 minutos □ 31-60 minutos □ 31 o mas □ despues de 60 minutos

Si es usted un fumador/a actual: Esta interesado/a en parar?

□ **Listo para parar □ Pensando en parar □ No estoy interesado en parar**

Bebe alcohol?

 Si es asi, cuanto toma por semana?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Hace ejercicio?

 Si es asi, con que frequencia y que tipo de ejercicio?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Trabaja?

 En que trabaja?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Es usted:

 Soltero/a Casado/a Divorciado/a Viudo/a

Se siente usted seguro en su casa? □Si □No

Ah sido usted una victim de abuso? □Si □No

Ah sido usted encarcelada? □ Si □ No

**Revicion de Systema:**  En los **pasados 6 meses,** ha tenido algunos de los siguientes sintomas? Circule los que apliquen

**Contitucional:** **Musculo- esqueletico: Endocrinologia**

Fiebre/escalofrios Dolor de espalda Perdida de cabello

Fatiga Dolor de Cuello Frequencia al urinar

Perdida de peso Dolor de articulaciones Aumento de sed

Perdida de apetito Dolor de musculos Intolerancia de calor o frio

**Allergias:** **Dermatologia:** **Hematologia:**

Ojos llorosos/ nariz que moquea Picazon Sangrado de encillas

Allergias de temporada Erupcion Hematomas

**ENT/Mouth:** Inflamacion Sudores Nocturnos

Dolor de oido **Urología / Genitourinario** Dolor o inchazon en

Infeccion de sinusits frequentes Dolor al urinar ganglios linfaticos

Perdida de oido Frequencia al urinar

Sangrado de nariz Sangrado irregular de vagina (mujeres)

**Oftalmologia:** Desecho de vagina o pene

**Cardiovascular:**

Dolor de pecho

Shortness of breath while lying flat

Swelling of Ankles

Fainting or near fainting

Provider Initial: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cambios de vision **Neurologico:**

Ojos irritados Convulciones

Dolor de ojos Marcha anomalias

**Respiratorio:** Dolor de cabeza

Toz entumecimiento u hormigueo

Sangre en la flema **Psicologico:**

Falta de aire Problemas de sueno

Produccion de phlema Ansiedad

**Gastrointestinal:**  Depression o tristeza

Dolor abdominal Escucha voces/ mira objetos

Diarrhea/ Constipacion Factores de estress

Sangrado en escremento Pensamientos agreder a otros a si mismo

Acidez

**Triage:** Sex: \_\_\_\_ Weight: \_\_\_\_ Height:\_\_\_\_\_ BP:\_\_\_\_\_\_\_HR:\_\_\_ Temp:\_\_\_\_\_ RR: \_\_\_\_ LMP:\_\_\_\_\_\_ Room # \_\_\_\_\_