



CHARLOTTE EYE  
EAR NOSE & THROAT  
ASSOCIATES, P.A.

# CUESTIONARIO DE HISTORIA MEDICO

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ (Nombre del médico) Apellido Nombre Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo:  Masculino  Femenino  Gemelo  Adoptivo  
 Paciente esta acompañado por: \_\_\_\_\_ Doctor Primario: \_\_\_\_\_ Razon por visita: \_\_\_\_\_  
 Doctor que lo envió aquí: \_\_\_\_\_

## Condiciones Medicas: *?Ha sido usted diagnosticado con cualquiera de las siguientes?*

Ambliopia (ojo vago)  SI  NO Acidez Estomacal  SI  NO Enfermedad del higado  SI  NO  
 Asma  SI  NO Pérdida de Audición  SI  NO Enfermedad de los pulmones  SI  NO  
 Problemas de sangramiento  SI  NO Enfermedad del Corazon  SI  NO Enfermedades Psiquiatricas  SI  NO  
 Cancer  SI  NO Alta Presión Sanguinea  SI  NO Ulceras Estomacales  SI  NO  
 Tipo: \_\_\_\_\_ Cuando? \_\_\_\_\_ Colesterol Alto o Lipidos  SI  NO Estrabismo (ojo bizco)  SI  NO  
 Diabetes  SI  NO VIH  SI  NO Embolia Cerebral  SI  NO  
 Alergias Ambientales  SI  NO Enfermedad de riñones  SI  NO Enfermedad de la Tiroides  SI  NO

?Ud. sufre de cualquier otra enfermedad?:  SI  NO  
 ?Ud. ha tenido cirugías o ha estado hospitalizado/a?:  SI  NO

Llena esta parte solo si el paciente tiene menos de 16 años:  
 Peso Actual: \_\_\_\_\_ libras \_\_\_\_\_ onzas o \_\_\_\_\_ gramos. Numero de hermanos: \_\_\_\_\_  
 Prematura/a al nacer  No  Si Si contestó sí, nacido/a a las \_\_\_\_\_ semanas Hermanos \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_  
 Nivel de Escuela: \_\_\_\_\_ Nombre de Escuela: \_\_\_\_\_ Hermanas \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_  
 ADHD/DADD  SI  NO Retraso de crecimiento  SI  NO Oxigeno despues de nacer  SI  NO  
 ?Está en un cuido?  SI  NO ?Fumador en la casa?  SI  NO Retraso del habla  SI  NO  
 Retraso de desarrollo  SI  NO % bajo de crecimiento  SI  NO Consumo drogas/alcohol  SI  NO  
 durante embarazo  SI  NO

## Alergias a Medicamentos:

?Ud. tiene o ha tenido alergias a medicamentos?  SI  NO  
 ?Ud. esta tomando algun tipo de medicina (incluya cualquier medicina con o sin receta, vitaminas y hierbas, etc.)?  SI  NO  
 \*Si contestó 'Si' a cualquiera pregunta, por favor explícale al intérprete.

## Historia de Salud de la Familia:

Amblyopia (ojo vago)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Infecciones de Oido	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Alta Presión Sanguinea	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Asma	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Alergias Ambientales	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Degeneración Macular	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Sangramiento	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Glaucoma	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Enfermedad de la Retina	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Cancer	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Pérdida de Audición	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Estrabismo (ojo bizco)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Diabetes	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Enfermedad del Corazon	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Embolia Cerebral	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Historia Familiar Desconocido  ?Hay alguna otra enfermedad en su familia?:  SI  NO

## Historia Social:

Uso de alcohol  SI  No  Dejó de usar \_\_\_\_\_ ?Fumador pasivo? (¿Fumador en la casa?)  SI  NO  
 Fuma cigarrillos  SI  No  Dejó de fumar \_\_\_\_\_ ?Vive solo?  SI  NO  
 Masca tabaco  SI  No  Dejó de mascar \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

## Revisa de Sistemas:

*Por favor, marque todos los sintomas que usted tiene al presente o ha tenido recientemente. Si no ha experimentado un problema médico al lado del sintoma por favor marque el encasillado de No.*

General (ej: cambio de peso involuntario)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Gastrointestinales (ej: acidez)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Sangre (ej: megajaldures)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Oído, Nariz o Garganta (ej: pérdida de audición, ronquidos)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Riñon (ej: cálculo renal)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Endocrinos (ej: tiroide)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Ojo (ej: visión borrosa )	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Hueso Articulación o Músculo (ej: artritis)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Alergias	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Corazon (ej: dolores de pecho)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	Piel (ej: masas, lesiones)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	Psiquiátricos (ej: anxiety, depresion)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No
Pulmion (ej: respira con dificultad)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	Sistema Nervioso (ej: ataques, convulsiones)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No		