

CUESTIONARIO DE HISTORIA MEDICO

Nombre del paciente: _____ **Fecha de hoy:** _____
(Letras del molde) Apellido Nombre Inicial
Fecha de nacimiento: _____ **Edad:** _____ **Sexo:** Masculino Femenino Gemelo Adoptivo
Paciente esta acompañado por: _____ **Doctor Primario:** _____
Doctor que lo envió aquí: _____ **Razón por visita:** _____

Condiciones Medicas:

¿Ha sido usted diagnosticado con cualquiera de las siguientes?

Ambliopia (ojo vago)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Acidez Estomacal	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad del hígado	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Asma	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Pérdida de Audición	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad de los pulmones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Problemas de sangramiento	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad del Corazon	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedades Psiquiatrica	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cancer	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Alta Presión Sanguínea	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Úlceras Estomacales	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Tipo: _____ Cuando? _____		Colesterol Alto o Lipidos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Estrabismo (ojo bizco)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Diabetes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	VIH	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Embolia Cerebral	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Alergias Ambientales	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad de riñones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad de la Tiroide	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

¿Ud. sufre de cualquiera otra enfermedad?: Sí No
¿Ud. ha tenido cirugías o ha estado hospitalizado/a?: Sí No

Llena esta parte solo si el paciente tiene menos de 16 años

Peso Actual: _____ Peso al nacer _____ libras _____ onzas o _____ gramas. Numero de hermanos: _____
 Prematuro/a al nacer No Sí Si contestó sí, nacido/a a las _____ semanas Hermanos _____ Edad _____
 Nivel de Escuela: _____ Nombre de Escuela: _____ Hermanas _____ Edad _____
 ADHD/ADD Sí No Retraso de crecimiento Sí No Retraso del habla Sí No
 ¿Está en un cuido? Sí No ¿Fumador en la casa? Sí No Consumo drogas/alcohol Sí No
 Retraso de desarrollo Sí No % bajo de crecimiento Sí No durante embarazo Sí No

Alergias a Medicamentos:

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

Historia de Salud de la Familia:

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

Historia Familiar Desconocido ¿Hay alguna otra enfermedad en su familia?: Sí No

Historia Social:

Uso de alcohol Sí No Dejó de usar _____ ¿Fumador pasivo? (¿Fumador en la casa?) Sí No
 Fuma cigarillos Sí No Dejó de fumar _____ ¿Vive solo? Sí No
 Masca tabaco Sí No Dejó de mascar _____ Ocupación: _____

Revisa de Sistemas:

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

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