

Historial de Salud

(Confidencial)

Nombre del paciente _____ Edad _____ Fecha de hoy _____
Fecha de nacimiento _____ Fecha de su último examen físico _____ Último Doctor _____
¿Cuál es el motivo de su visita? _____

Haga una marca en los síntomas que tiene o ha tenido durante el pasado año.

Síntomas

- | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|---------------------------------|--|-----------------------------------|--|---|--------------------------------------|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Escalofríos | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Mareos | <input type="checkbox"/> Fiebre | <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza | <input type="checkbox"/> Insomnio | <input type="checkbox"/> Pérdida de peso | <input type="checkbox"/> Pérdida de memoria | <input type="checkbox"/> Nerviosismo | <input type="checkbox"/> Entumecimiento | <input type="checkbox"/> Sudoración |
| <input type="checkbox"/> Brazos | <input type="checkbox"/> Caderas | <input type="checkbox"/> Espalda | <input type="checkbox"/> Piernas | <input type="checkbox"/> Pies | <input type="checkbox"/> Cuello | <input type="checkbox"/> Manos | <input type="checkbox"/> Hombros | | | | |
| <input type="checkbox"/> Sangre en la orina | <input type="checkbox"/> Frecuencia urinaria | <input type="checkbox"/> Falta de control de la vejiga | <input type="checkbox"/> Dolor al orinar | | | | | | | | |
-
- | | | |
|---|---|--|
| Gastrointestinal | Ojos, oídos, nariz y garganta | Hombres solamente |
| <input type="checkbox"/> Hinchazón | <input type="checkbox"/> Sangrado en las encías | <input type="checkbox"/> Masa en las mamas |
| <input type="checkbox"/> Cambios intestinales | <input type="checkbox"/> Visión borrosa | <input type="checkbox"/> Disfunción erectil |
| <input type="checkbox"/> Estreñimiento | <input type="checkbox"/> Dificultad para tragar | <input type="checkbox"/> Masa en los testículos |
| <input type="checkbox"/> Diarrea | <input type="checkbox"/> Visión doble | <input type="checkbox"/> Secreción en el pene |
| <input type="checkbox"/> Hambre excesiva | <input type="checkbox"/> Dolor de oído | |
| <input type="checkbox"/> Sed excesiva | <input type="checkbox"/> Descarga en los oídos | Mujeres solamente |
| <input type="checkbox"/> Gases | <input type="checkbox"/> Fiebre de heno | <input type="checkbox"/> Papanicolaou anormal |
| <input type="checkbox"/> Hemorroides | <input type="checkbox"/> Ronquera | <input type="checkbox"/> Sangrado entre periodos |
| <input type="checkbox"/> Indigestión | <input type="checkbox"/> Pérdida de la audición | <input type="checkbox"/> Masa en las mamas |
| <input type="checkbox"/> Náusea | <input type="checkbox"/> Sangrado nasal | <input type="checkbox"/> Sofocos |
| <input type="checkbox"/> Poco apetito | <input type="checkbox"/> Tos persistente | <input type="checkbox"/> Descarga del pezón |
| <input type="checkbox"/> Sangrado rectal | <input type="checkbox"/> Zumbido en los oídos | <input type="checkbox"/> Relaciones sexuales dolorosas |
| <input type="checkbox"/> Dolor de estómago | <input type="checkbox"/> Sinusitis | <input type="checkbox"/> Descarga vaginal |
| <input type="checkbox"/> Vómitos | | |
-
- | | |
|---|--|
| Cardiovascular | Piel |
| <input type="checkbox"/> Dolor de pecho | <input type="checkbox"/> Moretones con facilidad |
| <input type="checkbox"/> Presión alta | <input type="checkbox"/> Urticaria |
| <input type="checkbox"/> Baja presión | <input type="checkbox"/> Picazón/Itching |
| <input type="checkbox"/> Palpitaciones | <input type="checkbox"/> Cambio en lunares |
| <input type="checkbox"/> Pobre circulación | <input type="checkbox"/> Erupción |
| <input type="checkbox"/> Tobillos hinchados | <input type="checkbox"/> Picada de insectos |
| <input type="checkbox"/> Venas varicosas | |

Condiciones

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> SIDA | <input type="checkbox"/> Migrañas/dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> Úlceras |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple | <input type="checkbox"/> Infecciones vaginales |
| <input type="checkbox"/> Appendicitis | <input type="checkbox"/> Neumonía | <input type="checkbox"/> Enfermedades venéreas |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Cáncer de próstata | |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Cuidado psiquiátrico | |
| <input type="checkbox"/> Desórdenes de sangrado | <input type="checkbox"/> Alergias estacionales | |
| <input type="checkbox"/> Bronquitis | <input type="checkbox"/> Infarto | |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Problemas de tiroides | |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Amigdalitis | |
| <input type="checkbox"/> Enfisema | | |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia | | |
| <input type="checkbox"/> Gota | | |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón | | |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis | | |
| <input type="checkbox"/> Hernia | | |
| <input type="checkbox"/> Alto Colesterol | | |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad del riñón | | |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado | | |

Fecha de su último:

Periodo menstrual _____
Papanicolaou _____
Mamografía _____

Alergias a las drogas:

Farmacia

Nombre _____

Teléfono _____

Lista de medicamentos:

