

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

- Ansiedad
- Escalofríos
- Depresión
- Mareos
- Fiebre
- Dolor de cabeza
- Insomnio
- Pérdida de peso
- Pérdida de memoria
- Nerviosismo
- Entumecimiento
- Sudoración

Dolor en músculos/ Articulaciones/Huesos

- Brazos Caderas
- Espalda Piernas
- Pies Cuello
- Manos Hombros

Genito-urinario

- Sangre en la orina
- Frecuencia urinaria
- Falta de control de la vejiga
- Dolor al orinar

- SIDA
- Anemia
- Appendicitis
- Artritis
- Asma
- Desórdenes de sangrado
- Bronquitis
- Cancer
- Diabetes

Gastrointestinal

- Hinchazón
- Cambios intestinales
- Estreñimiento
- Diarrea
- Hambre excesiva
- Sed excesiva
- Gases
- Hemorroides
- Indigestion
- Nausea
- Poco apetito
- Sangrado rectal
- Dolor de estómago
- Vómitos

Cardiovacular

- Dolor de pecho
- Presión alta
- Baja presión
- Palpitaciones
- Pobre circulación
- Tobillos hinchados
- Venas varicosas

Condiciones

- Enfisema
- Epilepsia
- Gota
- Enfermedad del corazón
- Hepatitis
- Hernia
- Alto Cholesterol
- Enfermedad del riñón
- Enfermedad del hígado

Ojos, oídos, nariz y garganta

- Sangrado en las encías
- Visión borrosa
- Dificultad para tragar
- Visión doble
- Dolor de oído
- Descarga en los oídos
- Fiebre de heno
- Ronquera
- Pérdida de la audición
- Sangrado nasal
- Tos persistente
- Zumbido en los oídos
- Sinusitis

Piel

- Moretones con facilidad
- Urticaria
- Picazón/Itching
- Cambio en lunares
- Erupción
- Picada de insectos

Hombres solamente

- Masa en las mamas
- Disfunción erectile
- Masa en los testículos
- Secreción en el pene

Mujeres solamente

- Papanicolaou anormal
- Sangrado entre periodos
- Masa en las mamas
- Sofocos
- Descarga del pezón
- Relaciones sexuales dolorosas
- Descarga vaginal

Fecha de su último:

Periodo menstrual _____
Papanicolaou _____
Mamografía _____

Alergias a las drogas:

- Úlceras
- Infecciones vaginales
- Enfermedades venéreas

Farmacia

Nombre _____

Teléfono _____

Lista de medicamentos:

