

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

No hay cambios en el historial médico, familiar y social desde la última visita.



## HISTORIAL MÉDICO DEL PACIENTE E INVENTARIO DE SÍNTOMAS

Explique brevemente la razón por la cual viene a FastMed en el día de hoy (incluya la duración, severidad y ubicación): \_\_\_\_\_

¿Está relacionada su visita con una lesión sufrida en el trabajo?  Sí  No

### MEDICAMENTOS ACTUALES/DOSIS (INCLUYA LOS MEDICAMENTOS DE VENTA LIBRE Y HERBALES)

Si tiene con usted la lista de sus medicamentos, el personal de la recepción puede sacarle fotocopias.  Marque aquí si no toma ninguno.

### ALERGIAS

Favor de enumerarlas a continuación, así como también las reacciones que se le presentan.  Marque aquí si no tiene ninguna.

### FARMACIA DE SU PREFERENCIA

Nombre de la farmacia: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Calles transversales: \_\_\_\_\_

### HISTORIAL MÉDICO

Favor de marcar las afecciones que padece O ha padecido en el pasado.  Marque aquí si no ha padecido de ninguna.

- |  |   |   |  |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Artritis                          | <input type="checkbox"/> Problemas gastrointestinales | <input type="checkbox"/> Problemas de los riñones                     | <input type="checkbox"/> Psiquiátrica          |
| <input type="checkbox"/> Trastorno hematológico            | <input type="checkbox"/> Genitourinaria/próstata      | <input type="checkbox"/> Problemas del hígado, hepatitis              | <input type="checkbox"/> Cáncer                |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de transmisión sexual  | <input type="checkbox"/> Problemas cardíacos          | <input type="checkbox"/> Problemas pulmonares                         | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la piel |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                          | <input type="checkbox"/> Presión alta                 | <input type="checkbox"/> Musculoesquelética                           | <input type="checkbox"/> Tiroides              |
| <input type="checkbox"/> Problemas de nariz/garganta/oído  | <input type="checkbox"/> Colesterol alto              | <input type="checkbox"/> Neurológica (derrame cerebral, convulsiones) | <input type="checkbox"/> Respiratoria          |
| <input type="checkbox"/> Otra, favor de especificar: _____ |   |   |  |

### HISTORIAL QUIRÚRGICO

Favor de marcar todo lo que corresponda.  Marque aquí si no hay ninguno.

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Cabeza/cuello/seno | <input type="checkbox"/> Abdominal/pélvico | <input type="checkbox"/> Huesos/articulaciones |
| <input type="checkbox"/> Corazón/pulmón     | <input type="checkbox"/> Columna vertebral |  |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____        |  |  |

Favor de indicar el nombre del procedimiento y el año \_\_\_\_\_

### HISTORIAL SOCIAL

Favor de marcar todo lo que corresponda.

- |  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Tabaco: Cigarrillos/al día _____<br>Años de consumo _____ | <input type="checkbox"/> Alcohol: Tragos/al día _____<br>Años de consumo _____ | <input type="checkbox"/> Drogas ilícitas/no recetadas | <input type="checkbox"/> Viajado recientemente |
| <input type="checkbox"/> Sexualmente activo(a)                                     |  |   |  |

### HISTORIAL FAMILIAR

Favor de llenar la información de aquellos familiares que tengan alguna afección médica significativa.  Marque aquí si no hay ninguno

Padre \_\_\_\_\_ Hermano(a) \_\_\_\_\_

Madre \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

### INMUNIZACIONES

Favor de dar toda la información que pueda. Fecha de la última vacuna contra el tétanos (si la sabe) \_\_\_\_\_

¿Están al día las vacunas infantiles? (según sea apropiado)  Sí  No

Otra: \_\_\_\_\_

### PACIENTES DEL SEXO FEMENINO

Último periodo menstrual: Mes: \_\_\_\_\_ Día: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE LOS SÍNTOMAS DE HOY - ESTA SECCIÓN ES PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE:**

**CONSTITUCIONAL**

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Cambio en apetito | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Escalofríos | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Cansancio       |
| <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Fiebre            | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Sudores     | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Pérdida de peso |

**CARDIOVASCULAR**

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Dolor/presión en el pecho  | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Desmayos | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Palpitaciones |
| <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Inflamación de las piernas |  |   |

**NEUROLÓGICO**

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Dolor de cabeza          | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Mareos              | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Pérdida de conocimiento |
| <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Entumecimiento/hormigueo | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Falta de equilibrio | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Debilidad               |

**PSIQUIÁTRICO**

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Ansiedad/nerviosismo | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Depresión | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Dificultad para dormir |
|--|---|--|

**LINFÁTICO**

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Sangrado fácil | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Infecciones frecuentes | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Nódulos/glándulas |
|--|--|---|

**OJOS**

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Visión borrosa     | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Lentes de contacto | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Visión doble               |
| <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Secreción ocular   | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Dolor ocular       | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Enrojecimiento de los ojos |
| <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Inflamación ocular | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Anteojos           |  |

**NARIZ, GARGANTA, OÍDO Y BOCA**

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Dificultad para tragar | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Mareos            | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Dolor de oído    |
| <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Ronquera               | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Dolor en la boca  | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Congestión nasal |
| <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Secreción nasal        | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Dolor de garganta |  |

**RESPIRATORIO**

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Congestión | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Tos        | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Falta de aire |
| <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Ronquido   | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Sibilancia |   |

**GASTROINTESTINAL**

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Dolor abdominal                | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Sangre en las heces | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Estreñimiento              |
| <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Diarrea                        | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Náuseas             | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Dolencia rectal/perirectal |
| <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Cambios urinarios/intestinales | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Vómitos             |  |

**GENITOURINARIO**

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Sangre en la orina | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Secreción       | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Micción frecuente     |
| <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Micción nocturna   | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Dolor al orinar | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Dificultades sexuales |

**MUSCULOESQUELÉTICO**

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Dolor de espalda | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Dolor en las articulaciones | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Dolores musculares |
| <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Inflamación      |   |  |

**PIEL**

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Moretones | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Picazón        | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Heridas           |
| <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Erupción  | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Enrojecimiento | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Llagas en la piel |

**ENDOCRINO**

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Nivel anormal de azúcar en la sangre | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Intolerancia al frío  | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Hambre/sed excesiva |
| <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Pérdida de cabello                   | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Intolerancia al calor | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Sofocos             |

**ALERGIAS/SISTEMA INMUNE**

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Picazón en los ojos | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Inflamación de los labios/lengua/garganta | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Goteo postnasal |
| <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Estornudos          |   |   |

**PARA EL USO DEL PERSONAL DE LA CLÍNICA**

Wt (in kg): \_\_\_\_\_ HT: \_\_\_\_\_ TEMP: \_\_\_\_\_ ROUTE: \_\_\_\_\_

P: \_\_\_\_\_ R: \_\_\_\_\_ O2SAT: \_\_\_\_\_ % BP: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_