

# Historial Médico Del/La Paciente

A nuestros pacientes: sepan que podemos hacer preguntas de seguimiento para asegurarnos de que tenemos toda la información que necesitamos para tratarlo.

Utilice un "X" para marcar sus respuestas a las siguientes preguntas.

|                             |                             |   |                             |                             |   |                             |                             |   |                             |                             |  |
|-----------------------------|-----------------------------|---|-----------------------------|-----------------------------|---|-----------------------------|-----------------------------|---|-----------------------------|-----------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <b>La Salud del Corazón</b><br>(Heart Health)             | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <b>Cáncer:</b><br>Fecha de diagnóstico (Date of Diagnosis):           | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <b>Otros: (Others)</b>  | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <b>Alérgias: (allergies)</b>           |
| <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    | Dolores de Pecho o Angina<br>(Chest Pain)                 | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    | Quimioterapia<br>(Chemotherapy or Radiation)                          | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    | Infección HIV o SIDA<br>(AIDS or HIV infection)                   | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    | Aspirina (aspirin)                     |
| <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    | Arteriosclerosis  |                             |                             |   | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    | Artritis (Arthritis)  | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    | Barbitúricos (Barbiturates)            |
| <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    | Válvula de corazón artificial<br>(Artificial heart valve) |                             |                             | <b>Salud de la Sangre:</b><br>(Blood Health)                          | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    | Problemas de Tiroides<br>(Thyroid problems)                       | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    | Codeína (codeine)                      |
| <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    | Cardiopatía congénita<br>(Congenital heart disease)       | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    | Alta o Baja Presión<br>(High or Low Blood pressure)                   | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    | Desorden alimenticio<br>(Eating disorder)                         | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    | Iodín (iodine)                         |
| <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    | Taquicardia (Heart Attack)                                | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    | Anemia  | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    | Diabetes: Tipo I o II   | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    | Latex                                  |
| <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    | Mal de Corazón<br>(Heart disease)                         | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    | Transfusión de sangre<br>(Blood Transfusion)                          | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    | Infecciones Frecuente<br>(Frequent infections)                    | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    | Anestesia Local<br>(Local Anesthetics) |
| <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    | Murmullo (Heart Murmur)                                   | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    | Hemofilia (Hemophilia)  | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    | Glaucoma  | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    | Metales                                |
| <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    | Marcapasos (Pacemaker)                                    |                             |                             | <b>Salud Neurológica/Mental</b><br>(Neurological/Mental Health)       | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    | Enfermedad Gastrointestinal<br>(Gastrointestinal disease)         | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    | Penicilina (Penicillin)                |
| <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    | Ataques (Stroke)  | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    | Ansiedad (Anxiety)  | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    | Osteoporosis  | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    | Drogas de Sulfra (sulfa)               |
|                             |                             | <b>Salud Respiratoria:</b><br>(Breathing Health)          | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    | Lesión cerebral o conmoción cerebral<br>(Brain injury or concussion)  | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    | Hepatitis o Mal de Hígado<br>(Hepatitis or Liver disease)         | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    | Sedantes (sedatives)                   |
| <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    | Asma or COPD  | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    | Epilepsia (Epilepsy or Seizures)                                      | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    | Dolor de Cabeza o Migrañas<br>(Headaches or Migraines)            | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    | Otro Narcoticos                        |
| <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    | Enfisema (Emphysema)                                      | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    | Depresión (Depression)  | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    | Implantes (Joint replacement)                                     | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    | Otro Antibioticos                      |
| <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    | Sinusitis (Sinus Trouble)                                 | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    | Mareos (fainting)   | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    | Mal del Riñón (Kidney problems)                                   | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    | Otros, por favor liste:                |
| <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    | Tuberculosis  | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    | Trastorno de estrés postraumático<br>(Post-Traumatic stress disorder) | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    | Pérdida de la audición<br>(Hearing loss)                          | _____                       |                             |  |
| <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    | Alergias<br>(Hay fever or Allergies)                      | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    | Trastorno de salud mental<br>(Mental health disorder)                 | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    | Trastornos relacionados con el sueño<br>(Sleep related disorders) | _____                       |                             |  |
| <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    | Poca Resistencia (Easily Winded)                          | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    | Desorden neurológico<br>(Neurological disorder)                       | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    | Dolor crónico (Chronic Pain)                                      | _____                       |                             |  |

\*\*¿Tiene alguna enfermedad o condición que no está en la lista? Si es así, explique: (Do you have any disease or condition that is not listed? If so, please explain): \_\_\_\_\_

Nombre de Médico Regular (Medical Doctor's Name): \_\_\_\_\_

Fecha del último examen físico (Date of last physical exam): \_\_\_\_\_

Farmacia y ubicación preferidas (Preferred Pharmacy and Location): \_\_\_\_\_

¿Está usted bajo tratamiento médico? (Are you currently under medical treatment): \_\_\_\_\_

Si usted contestó sí, explique (If yes, explain): \_\_\_\_\_

En los últimos 5 años, ¿ha estado hospitalizado, ha tenido una enfermedad grave o ha tenido una operación? (In the past 5 years, have you been hospitalized, had a serious illness, or had an operation?) \_\_\_\_\_

Si usted contestó sí, explique (If yes, explain): \_\_\_\_\_

## Medicamentos y otros productos/sustancias (Medications and Other Products/Substances)

|                             |                             |   |                             |                             |  |
|-----------------------------|-----------------------------|---|-----------------------------|-----------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> ¿Utiliza alguna forma de nicotina, cigarrillos, puros, rapé, masticable, vaporizador?<br>(Do you use any form of <b>nicotine</b> , cigarettes, cigars, snuff, chew, vape?) | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <b>Sólo Mujeres: ¿Está (Women Only: Are you)</b>                   |
| <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    | ¿Toma alcohol? (Drink <b>alcoholic</b> beverages?)  | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    | Usando pastillas anticonceptiva? (Taking Birth Control Pills?)     |
| <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    | Sustancias controladas (drogas), incluida la marihuana para usos médicos o recreativos.<br>(Controlled substances (drugs) including marijuana for medical or recreational uses) Sustancia:          | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    | Amamantando? (Nursing?)  |
| <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    | ¿Toma algún medicamento recetado y/o de venta libre? (Do you take any <b>prescriptions and/or over-the-counter medicines</b> ?) En caso afirmativo, enumere (If yes, please list):                  | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    | Embarazada? Numero de semanas _____<br>(Pregnant? Number of weeks) |

\*\*Por medio de mi firma, doy testimonio de que comprendo le información que aparece arriba, de acuerdo a mi conocimiento, he coneso estas preguntas de la manera adecuada y honesta. De la misma manera, entiendo que proveer informacó que no sea verdadera, podria resultar en danos a mi salud.

Escriba el nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del paciente: \_\_\_\_\_

Firma del/de la paciente/tutor legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### Solo para uso de la oficina: Office Use Only:

| Date  | Changes   | Provider Initial | Firma del/de la paciente/tutor legal | Date  | Changes   | Provider Initial | Firma del/de la paciente/tutor legal |
|-------|-----------|------------------|--------------------------------------|-------|-----------|------------------|--------------------------------------|
| _____ | Yes or No | _____            | _____                                | _____ | Yes or No | _____            | _____                                |
| _____ | Yes or No | _____            | _____                                | _____ | Yes or No | _____            | _____                                |