

EVALUACION DE SISTEMAS

Nombre del Paciente: _____ #: _____ Fecha: _____

Gracias por completar esta historia detallada sobre su salud. Por favor marque con un **círculo** cada respuesta individual y proporcione información adicional cuando esté indicado. Incluya tanto las condiciones **pasadas y presentes**. Si no está seguro de lo que significa una pregunta, déjela en blanco. Su médico pasante y profesores lo revisarán con usted más tarde.

Por favor devuelva el formulario completo a la recepcionista o a su médico pasante cuando haya terminado. Gracias.

Historial Familiar

- 001: S N Diabetes
- 002: S N Enfermedad de la tiroides,
Especifique: _____
- 003: S N Tuberculosis
- 004: S N Enfermedad renal,
Especifique: _____
- 005: S N Presión arterial alta, colesterol alto,
o triglicéridos
- 006: S N Ataque cardiaco, otras enfermedades
cardiacas, Especifique:

- 007: S N Enfermedad musculo-esquelética,
Especifique: _____
- 008: S N Cancer, Especifique: _____
- 009: S N Derrame cerebral, aneurisma, coágulo
de sangre, trombosis venosa profunda
- 010: S N Osteoporosis
- 011: S N Otros antecedentes familiares

Historial General Actual del Paciente

- 012: S N Cambio de peso reciente, ↑ o ↓
¿Porque? _____
¿Cuanto? _____ lbs./kg.
- 013: S N Fiebre / Escalofríos
- 014: S N Sudoración inexplicable
- 015: S N Alergias (por favor indique síntomas)
- 016: S N Anemia
- 017: S N Sangrado / moretones
- 018: S N Malestar general / fatiga / debilidad
- 019: S N VIH positivo – con / sin síntomas?
¿Quién le diagnostico? Fecha: _____
- 020: S N Cancer,
Especifique: _____
- 021: S N Insomnio, dificultad para dormir
- 022: S N Otros datos generales:

Historial Endocrino

- 023: S N Intolerancia al calor / frío
- CASE DR. INITIALS _____ INTERN INITIALS _____

- 024: S N Enfermedad de la tiroides:
 Hipotiroidismo Híper
- 025: S N Diabetes
- 026: S N Insulino Dependiente
- 027: S N No-insulino Dependiente
- 028: S N Cirugía / irradiación del cuello
- 029: S N Otras afecciones glandulares

Ojos / Oídos / Nariz / Garganta

- 030: S N Lentes de corrección
- 031: S N Enrojecimiento, hinchazón, desgarro o
picazón en los ojos
S N ¿Se debe esto a alergias?
- 032: S N Otro dolor de ojos
- 033: S N Cataratas
- 034: S N Glaucoma
- 035: S N Desprendimiento de la retina
- 036: S N Degeneración Macular
- 037: S N Otras Condiciones Visuales
- 038: S N Dificultad para oír / sordera
- 039: S N Zumbido en los oídos / mareos
- 040: S N Tumores del oído / secreciones
- 041: S N Dolor de oído
- 042: S N Sangrado nasal
- 043: S N Cambios en la capacidad de oler
- 044: S N Estornudos
- 045: S N Tumores nasales / secreciones /
escurrimiento nasal
- 046: S N Dolor nasal
- 047: S N Sinusitis / congestión / infección
- 048: S N Otras condiciones nasales
- 049: S N Carraspera / dolor de garganta
- 050: S N Cambio en la voz
- 051: S N Dificultad para masticar o tragar
- 052: S N Dolor o glándulas agrandadas,
¿Dónde?
- 053: S N Dificultad para distinguir sabores
- 054: S N Tumores o lesiones en la boca o
garganta

CASE # _____ C ASE HISTORY HC 2040S 02/2017

- 055: S N Condiciones dentales
 056: S N Otras afecciones de la boca o garganta

Sistema Gastrointestinal

- 057: S N Cambios de apetito ↑ o ↓
 058: S N intolerancia a los alimentos
 059: S N Náusea / vómito
 060: S N Vómito con sangre
 061: S N úlcera péptica
 ¿Quién le diagnostico? Fecha:
 062: S N Indigestión / acidez / eructos excesivos
 063: S N Dolor abdominal (estómago)
 064: S N Hinchazón abdominal
 065: S N Cambios en la evacuación o heces (color, consistencia etc.)
 066: S N Diarrea / Constipación / Colitis
 067: S N Hernia Hiato Crural Inguinal
 ¿Quién le diagnostico? Fecha:
 068: S N ¿Tuvo cirugía?
 069: S N Hemorroides
 070: S N enfermedad de la vesícula
 ¿Quién le diagnostico? Fecha:
 071: S N ¿Tuvo cirugía?
 072: S N Enfermedad del hígado
 Especifique: _____
 ¿Quién le diagnostico? Fecha:
 073: S N Inflamación/enfermedad del páncreas
 074: S N Consumo de alcohol
 qué tipo de alcohol _____
 Cantidad: _____
 075: S N Otras afecciones gastrointestinales

Sistema Pulmonar

- 076: S N Dificultad para respirar
 077: S N tos / garganta seca
 078: S N Tos con sangre / flemas
 079: S N Resuello / asma
 080: S N Tuberculosis / exposición a la tuberculosis / examen o rayos-x
 Fecha: _____
 081: S N Infecciones respiratorias o neumonía
 ¿Quién le diagnostico? Fecha:
 082: S N ¿Fuma? pasado / presente
 Diario # _____ # años _____
 083: S N Otro consumo de tabaco: pasado / presente
 Cigarros Pipa Tabaco de Mascar

- Diario # _____ # años _____
 084: S N Exposición a gases peligrosos, productos químicos tóxicos o a contaminación excesiva.
 Que tipo: _____
 Cantidad: _____
 Duración: _____

- 085: S N Otras afecciones pulmonares

Sistema Cardiovascular

- 086: S N Dificultad para respirar
 ¿Por ejercicio? Sí No
 A qué hora del día? _____
 Que tan seguido? _____
 087: S N Molestia/ dolor en el pecho
 Especifique _____
 Que tan seguido _____
 088: S N Palpitaciones
 089: S N Edema
 Especifique _____
 090: S N Desmayo / pérdida de la conciencia
 091: S N Coágulos sanguíneos, trombosis venosa profunda, aneurisma
 092: S N dolor en las pantorrillas al caminar
 Que tan seguido _____
 093: S N Hipertensión
 094: S N Colesterol alto
 095: S N triglicéridos elevados
 096: S N ¿Toma medicamentos para controlarlo?
 ¿Quién le diagnostico? Fecha:
 097: S N Enfermedad del corazón o vascular
 Especifique: _____
 ¿Quién le diagnostico? Fecha:
 098: S N Fiebre reumática
 ¿Quién le diagnostico? Fecha:
 099: S N Otras afecciones del Corazón/circulatorias

Sistema Urinario

- 100: S N Urinacion frecuente
 # veces al día _____ # por noche _____
 Consumo de líquidos diario _____
 101: S N Aumento de sed
 102: S N Urgencia/dolor para orinar
 103: S N Cambio en la orina (color, sangre, etc.)
 104: S N Vacilación para orinar
 105: S N Dificultad para retener la orina
 106: S N Secreción de la uretra
 107: S N Infecciones urinarias
 ¿Quién le diagnostico? Fecha:
 108: S N Enfermedad/piedras de los riñones
 ¿Quién le diagnostico? Fecha:

- 109: S N Dolor en los riñones
- 110: S N Dolor pélvico
- 111: S N Masa pélvica
- 112: S N Otras afecciones urinarias

- 144: Y N Rotura de disco vertebral / hernia
A qué nivel(es) _____
- 145: Y N Otras condiciones neurológicas

Senos/Pecho (Hombres y Mujeres)

- 113: S N Bulto en los senos/pecho / dolor/
sensibilidad
- 114: S N Hoyuelos en el pecho/seno
- 115: S N Cambio de color / tamaño / forma
- 116: S N Secreción/sangrado del pezón
- 117: S N Otras afecciones del pecho/senos

Sistema reproductivo

- 118: S N lesiones genitales
- 119: S N Bultos / crecimientos / dolor genital
- 120: S N Otras afecciones genitales
- 121: S N Condiciones reproductivas

Piel / Cabello / Uñas

- 122: S N Cambios en la textura de la piel
- 123: S N Cambio en la temperatura de la piel
- 124: S N Resequedad o transpiración excesiva
- 125: S N Color inusual en la piel
- 126: S N Erupciones / picazón / lesiones
- 127: S N Crecimientos
- 128: S N Cambios en los lunares
- 129: S N Cáncer de piel En qué lugar:

- 130: S N Dolor de piel En qué lugar:

- 131: S N Cambio en la textura del cabello
- 132: S N Pérdida de cabello
- 133: S N Cambio en las uñas de las manos/pies
- 134: S N Cambio de color en las uñas
- 135: S N Otras afecciones de la piel o el cabello

Sistema Neurológico

- 136: S N Dolor de cabeza
¿Qué tan seguido?

- 137: S N Convulsiones / Epilepsia
- 138: S N Tics / contracciones / espasmos
involuntarios
- 139: S N Vértigo / Mareos / debilidad
- 140: S N Pérdida de la sensibilidad,
(entumecimiento u hormigueo)
- 141: S N debilidad inusual
- 142: S N Trauma a la cabeza
Especifique: _____ Fecha: _____
- 143: S N Ataques/ Esclerosis múltiple
¿Quién le diagnosticó? Fecha: _____

Sistema Musculo-esquelético

- 146: S N Rigidez articular / cambio en la amplitud
de movimiento
- 147: S N Dolor en las articulaciones
- 148: S N Inflamación de las articulaciones
- 149: S N Calambres/dolor
- 150: S N Debilidad muscular
- 151: S N Atrofia muscular
- 152: S N Dolor de cuello
- 153: S N Dolor de espalda superior/ media
- 154: S N Dolor de espalda baja
- 155: S N Dolor en la nalga
- 156: S N Afección del hombro/ brazo
¿Qué lado? Izquierdo Derecho
Problema _____
- 157: S N Afección de la pierna/ rodilla/ tobillo/ pie
¿Qué lado? Izquierdo Derecho
Problema _____
- 158: S N Fracturas/dislocación/esguinces
En qué parte _____ Fecha _____

- 159: S N Otras lesiones o traumas, accidentes
automovilísticos (incluso los pequeños),
lesiones deportivas y accidentes en el
trabajo
Accidente _____ Fecha _____

- 160: S N Osteoporosis / Fibromialgia
- 161: S N Otras afecciones de los huesos/
músculos/ ortopédicas

Hospitalizaciones / Medicamentos

- 162: S N Hospitalizaciones, visitas a urgencias,
cirugías
¿A qué se debió? _____ Fecha(s) _____

- 163: S N Medicamentos actuales o drogas
(incluya los medicamentos recetados,
de farmacia o de uso recreativo)
Medicamento _____ Razón _____

Historial mental / psicológico

- 164: S N Ansiedad / Bipolar
- 165: S N Depresión
- 166: S N Hospitalización por tratamiento psicológico
- 167: S N déficit de atención con hiperactividad/ retraso / discapacidad
- 168: S N Otras condiciones psicológicas

Dieta / Ejercicio

- 169: S N Come una dieta saludable
- 170: S N Tiene un apetito inusual
 mucho poco
- 171: S N Consume cafeína
_____/al día o a la semana
- 172: S N Consume alcohol
_____/al día o a la semana
- 173: S N Come comida chatarra
- 174: S N Está en una dieta especial
Especifique _____
- 175: S N Vegetariana
Hace cuanto _____
- 176: S N Suplementos alimenticios
Lista de suplementos:

Implantes / Soportes ortopédicos

- 177: S N Implantes de senos
- 178: S N Cardíaco (marcapasos, etc.)
- 179: S N Implantes articulares / remplazo / aparatos. Dónde? _____
- 180: S N Otros implantes / Soportes (talón, o suelas)
Especifique: _____
- 181: S N Clavijas/ Placas/ grapas
Dónde? _____

Historial Infantil

(Llene esta información para niños de 3 años o menos)

- 182: Gestación: _____ Semanas
- 183: S N Embarazo normal
- 184: S N Complicaciones
- 185: S N Parto normal
- 186: S N Complicaciones de parto
- 187: S N Cesárea
- 188: S N Nació el bebe al revés? (de nalgas)
- 189: S N Parto con pinzas/fórceps
- 190: S N Medicamentos durante el parto

- 191: Lugar de nacimiento Hospital Casa
 Centro de Maternidad
- 192: Peso _____ lbs _____ oz.
- 193: tamaño _____ pulgadas
A qué edad el niño(a):
- 194: Levanto la cabeza _____
- 195: Se sentó solo(a) _____
- 196: Gateo _____
- 197: Se puso de pie _____
- 198: Caminó solo(a) _____
- 199: Comió comida solida _____
- 200: amamanto al bebe le dio formula
- 201: Haga una lista de enfermedades de la infancia
Enfermedad: _____ Edad: _____

- 202: Vacunas: _____ Edad: _____

Problemas Ortopédicos

- 203: S N Columna Vertebral/Espina Bífida
- 204: S N Displasia de cadera
- 205: S N Otro: _____

Otro

- 206: S N Cualquier otra cosa que usted cree que es necesario saber acerca de usted

Para uso del medico pasante solamente
INTERN AND FACULTY USE:

Intern: _____ # _____

Intern Signature _____ Date _____

Patient's Faculty Doctor: _____

Faculty History Review: _____

Faculty Signature _____ Date _____