

**HISTORIA CLINICA**

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ SEXO: Mujer Hombre  
 Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Si usted es mujer, esta embarazada? Sí No  
 Edad: \_\_\_\_\_ Idioma Primario: \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_  
 Médico que lo Refirió: \_\_\_\_\_ Numero de Teléfono del Médico: \_\_\_\_\_  
 Médico de Cabezera: \_\_\_\_\_ Numero de Teléfono del Médico de Cabezera: \_\_\_\_\_  
 Motivo Médico por su Visita Hoy: \_\_\_\_\_

**POR FAVOR CIRCULE LOS SÍNTOMAS QUE LE APLIQUE:**

CABEZA: DOLOR FACIAL / JAQUECAS / CONGESTION / TRAUMA FACIAL O DE LA CABEZA / SINUSITIS / HISTORIA DE CIRUGIA FACIAL	NO <input type="checkbox"/>
OIDOS: DOLOR / PERDIDA DE AUDICION / SONIDO EN LOS OIDOS / PRESION / PERDIDA DE EQUILIBRIO / PICAZON / DRENAJE / INFECCION / MASTOIDITIS / CERA DE LOS OIDOS	NO <input type="checkbox"/>
NARIZ: CONGESTION / SANGRAMIENTO / ESTORNUDOS / DRENAJE / PERDIDA DEL OLFATO / PRESION / PICAZON	NO <input type="checkbox"/>
BOCA: PROBLEMAS DENTALES / BOCA SECA / MAL ALIENTO / HERPES LABIAL / ULCERAS / PAROTITIS / SANGRAMIENTO / CANCER	NO <input type="checkbox"/>
GARGANTA: ARDOR / RONQUERA / PERDIDA DE SABOR / MAL SABOR / MANCHAS BLANCAS / LESIONES / RONQUIDOS / AMIGDALITIS	NO <input type="checkbox"/>
PULMONES: FALTA DE AIRE / TOS / SANGRAMIENTO AL TOSER / <u>ASMA</u> / NEUMONIA / BRONQUITIS	NO <input type="checkbox"/>
GASTRO: DIFICULTAD AL TRAGAR / ACIDEZ / <u>REFLUJO</u> / DIARREA / NAUSEA / VOMITOS / GASTRITIS / HERNIA DE HIATO	NO <input type="checkbox"/>
NEUROLOGICO: JAQUECAS / DESMAYOS / MAREO / <u>DERRAME CEREBRAL</u> / CONVULSIONES / TEMBLORES	NO <input type="checkbox"/>
CARDIOVASCULAR: <u>HIPERTENSION</u> / <u>PROLAPSO DE LA VALVULA MITRAL</u> / COLESTEROL ALTO / <u>ATAQUES DEL CORAZON</u>	NO <input type="checkbox"/>
UROLO: PROSTATA / CALCULOS RENALES / DIALISIS / PROBLEMAS CONGENITALES / INFECCIONES	NO <input type="checkbox"/>
PADECIMIENTOS: FATIGA / FIEBRE / ESCALOFRIOS / PERDIDA O AUMENTO DE PESO / DESMAYOS	NO <input type="checkbox"/>
OJOS: VISION DOBLE / PICAZON / PERDIDA DE VISION / DOLOR / IRRITACION / LAGRIMEO / RESEQUEDAD / ESPEJUELOS / <u>GLAUCOMA</u>	NO <input type="checkbox"/>
PIEL: PICAZON / LESIONES / ERUPTIONES / CANCER	NO <input type="checkbox"/>
MUSCULAR/ESQUELETICO: DOLOR EN LAS ARTICULACIONES / ARTRITIS / DOLOR DE MANDIBULA / DISTROFIA MUSCULAR / FRACTURAS / URTICARIA / OSTEOPOROSIS / LUPUS	NO <input type="checkbox"/>
PSIQUIATRICO: ANSIEDAD / PROBLEMAS DE SUENO- RONQUIDOS O APNEA / PERDIDA DE MEMORIA / ADICCION A DROGAS / DEPRESION	NO <input type="checkbox"/>
ENDOCRINO: <u>DIABETES</u> / OBESIDAD / PERDIDA DEL CABELLO / <u>ENFERMEDAD TIROIDES</u> / ENFERMEDAD PARATIRIODE / ENFERMEDAD PITUITARIA / LUPUS	NO <input type="checkbox"/>
HEMA.-LINEA.: TUMOR EN EL CUELLO / MORETONES / SANGRAMIENTO / ANEMIA / PROBLEMAS INMUNOLOGICOS / FLEBITIS	NO <input type="checkbox"/>
OTRAS CONDICIONES MEDICAS:	

Ha tenido cirugía anteriormente: Sí No Si marcó sí, cual cirugías y en que fecha: \_\_\_\_\_

Historia médica familiar : Sí No Si marcó sí, por favor indique el problema y el miembro de familia: \_\_\_\_\_

Usted está utilizando productos de tabaco? Sí No Si marcó sí, indique cantidad que fuma por día: \_\_\_\_\_

Si usted dejó de fumar, con que frecuencia fumaba antes (por día)? \_\_\_\_\_ Por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

Usted toma bebidas alcohólicas? Sí No Si marco sí, cantidad: \_\_\_\_\_ Frecuencia: \_\_\_\_\_

Usted a tieniedo o tiene problemas con abuso de drogas? Sí No

Hoga una lista de todas sus alergias (incluyendo medicamentos, medio ambiente, y/o alergias a comidas):  N/A

Apunte todas las medicinas que usted esta tomando (por favor incluye todas medicinas y vitaminas):  Ninguno

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_