



Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____ Fecha de la cita: _____

Doctor de cuidado primario: _____ Razón de la visita: _____

Revisión de Sistemas

General

- ☐ Cambio de peso
- ☐ Escalofrío
- ☐ Fiebre/Sudores nocturnos
- ☐ Fatiga

Ojos/Oídos/Nariz/Garganta

- ☐ Dolor de cabeza
- ☐ Dolor facial
- ☐ Problema de ojos o visión
- ☐ Dolor de oído
- ☐ Pérdida de audición
- ☐ Hemorragia nasal (Epistaxis)
- ☐ Problemas de cuello

Cardiovascular

- ☐ Dolor de pecho o incomodidad
- ☐ Palpitaciones

Respiratoria

- ☐ Corto de respiración
- ☐ Tos
- ☐ Silbidos al respirar

Gastrointestinal

- ☐ Pérdida de apetito
- ☐ Acidez
- ☐ Náusea o vómito
- ☐ Dolor abdominal
- ☐ Excremento oscuro o con sangre

Musculoesquelético

- ☐ Dolor de conjunturas o rigidez
- ☐ Dolor Muscular

Urinario

- ☐ Dificultad para orinar
- ☐ Sangre en la orina

Dermatología

- ☐ Erupción dermatológica
- ☐ Lesiones en la piel

Endócrino

- ☐ Sed excesiva
- ☐ Problemas de azúcar en la sangre

Neurológico

- ☐ Mareo
- ☐ Desmayo
- ☐ Problemas motrices
- ☐ Problemas de dormir

Ginecológico

- ☐ Dolor de seno/secreción mamaria
- ☐ Problemas menstruales
- ☐ Última regla; _____

Otros

- ☐ Ansiedad
- ☐ Depresión
- ☐ Problemas de sangrado

Otros: _____

Medicamentos (Use una hoja adicional si lo necesita)

Nombre del medicamento	Dosis	Frecuencia	Nombre del medicamento	Dosis	Frecuencia

Alergias y reacciones: _____

Por favor indique otros doctores/especialistas/o proveedores de cuidado que usted ve: _____

Medidas Preventivas de Salud

Fecha	Fecha
Mamografía _____	Colonoscopia _____
Papanicolaou _____	Sangre oculta fecal _____
Densidad de hueso _____	Prueba de próstata (PSA) _____
Examen de los ojos _____	Examen de próstata _____

Vacunas

Fecha	Fecha
Varicela _____	Meningitis _____
Gripe _____	Neumonía _____
Hepatitis A _____	Herpes _____
Hepatitis B _____	Tétanos _____

Historial Médico

- | | | | |
|--|--|--|---|
| ☐ Papanicolaou Anormal | ☐ Falla de corazón congestivo | ☐ Gota | ☐ Osteoporosis |
| ☐ Alergias (De temporada) | ☐ COPD | ☐ Ataque del corazón (MI) | ☐ Enfermedad de arteria periférica |
| ☐ Anemia | ☐ Enfermedad de arteria coronaria | ☐ Hemorroides | ☐ Herpes |
| ☐ Ansiedad | ☐ Colitis de Crohn | ☐ Hernia | ☐ Convulsiones |
| ☐ Aneurisma | ☐ Depresión | ☐ Colesterol alto | ☐ Apnea del sueño |
| ☐ Artritis | ☐ Diabetes | ☐ Presión arterial alta | ☐ Problemas espinales |
| ☐ Asma | ☐ Diverticulitis | ☐ Hipertiroidismo | ☐ Embolia (TIA) |
| ☐ Fibrilación auricular | ☐ Desorden Eréctil | ☐ Hipotiroidismo | ☐ Nódulo en la tiroides |
| ☐ Dolor de espalda | ☐ Gastroparesias | ☐ IBS | ☐ Colitis con úlcera |
| ☐ El esófago de Barrett | ☐ Glaucoma | ☐ Insomnio | ☐ Deficiencia de Vitamina B12 |
| ☐ BPH | ☐ GERD | ☐ Enfermedad del riñón | ☐ Deficiencia de Vitamina D |
| ☐ Cáncer: _____ | | ☐ Piedras en el riñón | ☐ Embarazo: # _____ |
| | | ☐ Migrañas | ☐ # Término completo: _____ |
| | | ☐ Osteopenia | |

Otros: _____



Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____ Fecha de la cita: _____

Historia Quirúrgica

Otorrinolaringología	Fecha	Gastrointestinal	Fecha	Cosmética	Fecha
Cirugía sinusal	_____	Apéndice	_____	Abdominoplastia (estómago)	_____
Amigdalectomía	_____	Resección de Colon	_____	Aumento de seno	_____
Ortopédico		Endoscopia superior	_____	Reducción de seno	_____
Cirugía de espalda	_____	Vesícula	_____	Rinoplastia (nariz)	_____
Reemplazo de cadera	_____	Reparación de Hernia	_____	Ritidectomía (estiramiento)	_____
Lado: _____		Tipo: _____		Cardiovascular/Torácica	
Reemplazo de rodilla	_____	GYN/Femenina	_____	Bypass	_____
Lado: _____		Cesárea	_____	Cirugía carotídea	_____
Cirugía de cuello	_____	Legrado / D & C	_____	Cateterismo cardíaco	_____
Reparación del manguito rotador	_____	Histerectomía	_____	Marcapasos	_____
Genitourinaria		Ligadura de trompas	_____	PTCA	_____
Cirugía de vejiga	_____	Cirugía de senos	_____	Cirugía de pulmón	_____
Cirugía de riñón	_____	Tipo: _____		Broncoscopia	_____
Cirugía de próstata	_____	Oftalmología			
Vasectomía	_____	Cirugía de cataratas	_____		
		Lasik	_____		

Otros: _____

Historia Familiar

	Vivo	Edad al morir	Problemas de salud / Causa de muerte
Padre	☐	_____	_____
Madre	☐	_____	_____
Hermano (s): # _____	☐	_____	_____
Hermana (s): # _____	☐	_____	_____
Hijos: # _____	☐	_____	_____

Otra historia médica de la familia: _____

Historia Social

Estado Civil ☐ Soltero ☐ Asociación doméstica ☐ Casado ☐ Separado ☐ Divorciado ☐ Viudo	Condiciones de Vida ☐ Confinado en casa ☐ Residencia Privada ☐ Sólo ☐ Con esposo ☐ Con padres ☐ Con parientes (otros que padres) ☐ En facilidad de vida asistida ☐ En casa de retiro ☐ Cuidador de otra persona	Uso del tabaco ☐ Nunca ☐ Actual ☐ Antes, Dejado: _____ ¿Cuántos? _____ paq /día Empezó: _____ ¿Uso de otros productos del tabaco? ☐ Si, Tipo: _____ ☐ No ☐ E-cigarros
Religión: _____	Seguridad personal y domestica ☐ Casa con detectores de humo ☐ Barras para la regadera o tina ☐ Uso de protector solar ☐ Uso de cinturones de seguridad	Uso recreacional de drogas ☐ Nunca ☐ Actual ☐ Antes, Dejado: _____ Tipo: _____
Estatus de empleo ☐ Actualmente deshabilitado ☐ Desempleado ☐ Tiempo parcial ☐ Tiempo completo ☐ Retirado ☐ Trabajo como Voluntario ☐ Ocupación (actual/anterior) _____	Patrón de Sueño Promedio de horas de sueño: _____ ☐ Problemas relacionados con el sueño	Uso de opio ¿Toma medicamentos recetados para el dolor? ☐ SI ☐ NO Cualquier historia familiar o personal de: Abuso del Alcohol ☐ Familia ☐ Yo ☐ Ninguna Abuso ilegal de drogas ☐ Familia ☐ Yo ☐ Ninguna Abuso de medicamentos recetados ☐ Familia ☐ Yo ☐ Ninguna Cualquier historia personal de abuso sexual pre-adolescente ☐ SI ☐ NO
Nivel más alto de education / Título _____	Uso de la Cafeína ☐ Ninguna ☐ Café: _____ tazas/ día ☐ Té: _____ tazas/ día ☐ Refresco de Cola: _____ tazas /día ☐ Pastillas de cafeína de venta libre	Uso del alcohol ☐ Si, _____ copas por día ☐ No ¿Siente que usted debería de cortar su manera de beber? ☐ SI ☐ NO ¿La gente le molesta/critica su manera de beber? ☐ SI ☐ NO ¿Nunca se ha sentido culpable con su manera de beber? ☐ SI ☐ NO ¿Usa alcohol para levantarse en la mañana? ☐ SI ☐ NO



Para todos los mayores de 12 años, por favor responda lo siguiente:

En las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia le ha molestado alguno de los siguientes problemas?

	No en absoluto (0)	Varios Días (1)	Más seguido que la mitad del día (2)	Prácticamente todos los días (3)
1. Poco interés o placer en hacer las cosas.	☐	☐	☐	☐
2. Sentirse triste, deprimido o desesperanzado	☐	☐	☐	☐
3. Dificultad para dormir, quedarse dormido o dormir demasiado	☐	☐	☐	☐
4. Sentirse cansado o tener poca energía.	☐	☐	☐	☐
5. Poco apetito o comer en exceso	☐	☐	☐	☐
6. Sentirse mal con sí mismo, como un fracaso, o que ha decepcionado a si mismo o su familia	☐	☐	☐	☐
7. Problemas para concentrarse en las cosas, como leer el periódico o viendo la televisión	☐	☐	☐	☐
8. Moverse o hablar tan lentamente que otras personas se han dado cuenta o estar inquieto porque se ha estado moviendo mucho mas de lo normal	☐	☐	☐	☐
9. Pensamientos de que estarías mejor muerto o de lastimarse.	☐	☐	☐	☐

Total = _____

Si marcó algunos de los problemas anteriores, ¿que tan difícil se le ha echo trabajar, hacer cosas en casa o llevarse bien con los demas? ☐ No Difícil ☐ Poco Difícil ☐ Muy Difícil ☐ Extremadamente Difícil

Para adultos mayores de 65 años, por favor responda lo siguiente:

Actividades de vida / Función diaria

¿Usted necesita ayuda para vestirse, bañarse o alimentarse por usted mismo?	☐ SI	☐ NO
¿Usted necesita ayuda para ir de compras, prepararse la comida, limpiar la casa o transportarse?	☐ SI	☐ NO
¿Usted necesita ayuda para manejar su propio dinero o finanzas?	☐ SI	☐ NO
¿Usted necesita ayuda para administrar sus medicamentos?	☐ SI	☐ NO
¿Usted tiene cualquier dificultad para moverse?	☐ SI	☐ NO

Balance

¿Usted se siente mareado o aturdido cuando se levanta?	☐ SI	☐ NO
¿Se ha caído usted 2 ó más veces en el ultimo año?	☐ SI	☐ NO

Escucha

¿Usted ha tenido alguna dificultad para entender un discurso o conversación?	☐ SI	☐ NO
¿Usted tiene que escuchar la televisión o radio a un volumen alto?	☐ SI	☐ NO

Nutrición

¿Usted consume frutas y vegetales diariamente?	☐ SI	☐ NO
¿Usted consume alimentos altos en fibra o granos enteros diariamente?	☐ SI	☐ NO
¿Usted consume alimentos fritos o saturados en grasa diariamente?	☐ SI	☐ NO

Cognitivo

¿Usted ha tenido dificultad para recordar eventos recientes?	☐ SI	☐ NO
¿Usted tiene dificultad para encontrar las palabras correctas o usa palabras equivocadas a menudo?	☐ SI	☐ NO

Directivas Avanzadas

¿Usted tiene una declaración de voluntad anticipada?	☐ SI	☐ NO
Si su respuesta es NO, ¿Le gustaría recibir información acerca de la declaracion de voluntad anticipada?	☐ SI	☐ NO