

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 cardiacos | <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 _____ | <input type="checkbox"/> Alcohol: Tragos/al día _____ | <input type="checkbox"/> Drogas ilícitas/no recetadas | <input type="checkbox"/> Viajado recientemente |
| Años de consumo _____ | Años de consumo _____ | <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: _____ / _____