# SW FLORIDA REGIONAL MEDICAL CENTER

**Historia Medica del Paciente**

Nombre: Fecha de Nacimiento

Fecha:

Historia Medica Familiar

Porque viene al Doctor hoy? \_

\_

**FARMACIA PREFERIBLE**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Donde se localiza su problema? | |  | |
|  | | **A tenido alguna vez?** | |
| Que tan severo es? Suave ❏ Moderado ❏ Agudo ❏ | | Diabetes…………………… Si | No |
|  | | Hypertension…………….... Si | No |
| Cuanto hace que se presenta este problema? | | Cancer……………………... Si No | |
|  | | Stroke……………................ Si | No |
|  | | Problema Cardiaco……........ Si | No |
| En qué momento se presenta el problema? | | Artritis/Gota……………….. Si | No |
|  | | Convulciones……………… Si | No |
|  | | Tendencia a sangrar……….. Si | No |
| Donde se encontraba la primera vez que le ocurrió? | | Infecciones Agudas……….. Si | No |
|  | | Enfermedades venereas……. Si | No |
|  | | Defectos hereditarios………. Si | No |
| Algún otro problema se presenta con este? | |  | |
| Que empeora o mejora este problema? | |  | |
| Historia Social | | Liste sus medicamentos | |
| Estado Civil: ❏ Soltero/a ❏ Casado/a ❏ Separado/a ❏ Divorciado/a ❏ Viudez | | 1) | |
| Uso de alcohol: ❏ Nunca ❏ Raramente ❏ Moderadamente ❏ Diariamente | |  | |
| Tabaco: ❏ Nunca ❏ Lo dejo ❏ Fumo paquetes al día | | 2) | |
| Drogas: ❏ Nunca ❏ Tipo/Frecuencia  Exposición excesiva diaria o en el trabajo a: ❏ Humo ❏ Polvo ❏ Disolventes ❏ Ruido | | 3) | |
|  | | 4) | |
| Hospitalizaciones Anteriores /Cirugías/Heridas graves Cuando? | | 5) | |
| 6) | |
| 7) | |
| 8) | |
| 9) | |
| 10) | |
|  | | 11) | |
| Edad Enfermedades | Si ya falleció, Causa | | |
| Padre |
| Madre |
| Hermanos |
| Esposo/a |
| Hijos |

# SW FLORIDA REGIONAL MEDICAL CENTER

Responda todas las preguntas

***Ha tenido alguno de estos síntomas recientemente?***

## GENERAL

Buena salud últimamente---------------------------------Si No

Cambios de peso reciente---------------------------------Si No

Fiebres-------------------------------------------------------Si No

Fatigas-------------------------------------------------------Si No

Dolor de cabeza--------------------------------------------Si No

**VISION**

Problemas con la vista------------------------------------Si No

Usa Lentes/de contacto-----------------------------------Si No

Visión doble o borrosa------------------------------------Si No

Glaucoma---------------------------------------------------Si No

**OTORRINO**

Pérdida de audición----------------------------------------Si No

Timbre auditivo---------------------------------------------Si No

Dolor o supuración en el oído----------------------------Si No

Problemas en la vía nasal---------------------------------Si No

Sangrado nasal--------------------------------------------- Si No

Heridas Bucales--------------------------------------------Si No

Sangrado en la encía---------------------------------------Si No

Mal aliento o sabor-----------------------------------------Si No

Dolor de garganta o cambio en la voz-------------------Si No

Inflamación de las amigdalas-----------------------------Si No

**CARDIOVASCULAR**

Problema del corazón--------------------------------------Si No

Dolor en el pecho-------------------------------------------Si No

Cambio repentino en el latido----------------------------Si No

Hinchazón de los pies, tobillos o manos----------------Si No

**RESPIRATORIO**

Tos frecuente------------------------------------------------Si No

Escupe sangre----------------------------------------------Si No

Falto de aire-------------------------------------------------Si No

Asma o silbido en el pech--------------------------------Si No

**GASTROINTESTINAL**

Pérdida de apetito------------------------------------------Si No

Cambio en sus evacuaciones-----------------------------Si No

Nauseas o Vomito-----------------------------------------Si No

Diarreas frecuentes----------------------------------------Si No

Deposiciones dolorosas o constipación-----------------Si No

Sangra en sus deposiciones-------------------------------Si No

Dolor de estomago-----------------------------------------Si No

**GENITOURINARIO**

Orina constantemente--------------------------------------Si No

Ardor al orinar Sangre en la orina------------------------Si No

Cambio en la intensidad al orinar------------------------Si No

Incontinencia o inhabilidad al orinar--------------------Si No

Piedras en los riñones-------------------------------------Si No

Dificultad sexual-------------------------------------------Si No

Hombre – Dolor en los testículos------------------------Si No

Si Mujer – Dolor con el period---------------------------Si No

Mujer – Periodo Irregular---------------------------------Si No

Mujer – Flujo vaginal--------------------------------------Si No

## MUSCULOESQUELÉTICO

Dolor en las articulaciones--------------------------------No Si

Hinchazón o endurecimiento en las articulaciones----No Si Debilidad en articulaciones o muscular-----------------No Si Calambres o dolor muscular------------------------------No Si Dolor de espalda--------------------------------------------No Si

Frio en las extremidades-----------------------------------No Si Camina con dificultad-------------------------------------No Si **PIEL**

Salpullido o Hormigueo en la piel-----------------------No Si Cambio en el color de la piel-----------------------------No Si Cambios el pelo o uñas-----------------------------------No Si Venas Varicosas--------------------------------------------No Si Dolor en el Seno--------------------------------------------No Si Bulto o masas en el Seno----------------------------------No Si Secreción en el Seno---------------------------------------No Si **NEUROLOGICO**

Dolor de cabeza frecuente---------------------------------No Si Mareos o vértigos------------------------------------------No Si Convulsiones------------------------------------------------No Si Adormecimiento u hormigueos---------------------------No Si Temblores---------------------------------------------------No Si Parálisis------------------------------------------------------No Si Ataque cerebral---------------------------------------------No Si Golpe cranial------------------------------------------------No Si **PSYQUIATRICO**

Pérdida de memoria o confusion-------------------------No Si Nerviosismo-------------------------------------------------No Si Depresión----------------------------------------------------No Si Problemas con el sueño------------------------------------No Si **ENDOCRINO**

Problemas glandulares u hormonales--------------------No Si Enfermedad de la tiroidesNo Si Diabetes---------------No Si Sed excesiva y ganas de orinar---------------------------No Si Intolerancia al calor o al frio------------------------------No Si Piel Seca-----------------------------------------------------No Si Cambios de tamaño de guante o sombreo---------------No Si **HEMATOLOGICO/LYMFATICO**

Cicatrización lenta------------------------------------------No Si Manifiesta morados fácilmente---------------------------No Si Anemia-------------------------------------------------------No Si Flebitis-------------------------------------------------------No Si Historial de transfusions-----------------------------------No Si Inflamación de Glándulas---------------------------------No Si **ALLERGIAS/INMUNOLOGICO**

Historia de reacción a:

Penicilina u otro antibióticos-------------------------------------No Si

Morfina Demerol U otros Narcóticos----------------------------No Si

Novocaína u otros anestésicos-----------------------------------No Si

Aspirina u otro Analgésico----------------------------------------No Si

Antitoxina del Tétanos o otros Toxinas-------------------------No Si

Iodo, mertiolate o otros antisépticos-----------------------------No Si

Mujer – # De embarazos\_\_\_\_\_\_

# Perdida\_\_\_\_\_\_

Drogas/medicinas

Mujer – Fecha ultimo **Papanicolaou**

Mujer – **Pap** fue ❏ Normal ❏ Anormal

Fecha

Alergias a alimentos

Firma del Paciente: Firma del Doctor:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **WT** | **HT** | **B/P** | **H/R** | **R/R** | **TEMP.** | **02 SAT** |
|  |  |  |  |  |  |  |