

## Formulario Para La Historia Clínica De Un Paciente Nuevo (New Patient History Form)

Nombre del paciente (Patient name): \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento (Date of birth): 20-10-1996

Fecha de hoy (Date): \_\_\_\_\_

Doctor de Cabecera (Primary Care physician): \_\_\_\_\_ # de Expediente (Chart #): \_\_\_\_\_

Explique brevemente la razón de su visita de hoy: \_\_\_\_\_  
(Briefly tell us the reason for your visit today)

Historial Médico Escriba aquí sus problemas médicos actuales (con el año del diagnóstico) y cualquier hospitalización. (Past Medical History List your current medical problems (with year of diagnosis) and any hospitalizations.)		
Problemas Médicos Actuales (Current Medical Problems):		AÑO (YEAR)
1.		
2.		
3.		
4.		
¿Ha tenido fracturas en el pasado? (Any previous fractures?) <input type="checkbox"/> SÍ (YES) <input checked="" type="checkbox"/> NO		Si contestó que sí, por favor describa (If yes, please describe):
¿Ha tenido alguna otra lesión grave? (Any other serious injuries?) <input type="checkbox"/> SÍ (YES) <input checked="" type="checkbox"/> NO		Si contestó que sí, por favor describa (If yes, please describe):
Le han hecho las pruebas de (Have you been tested for):		
Hepatitis B: <input type="checkbox"/> SÍ (YES) <input checked="" type="checkbox"/> NO Si contestó que sí, resultados/año (If yes, Result/Year): _____ / _____	Hepatitis C: <input type="checkbox"/> SÍ (YES) <input checked="" type="checkbox"/> NO Si contestó que sí, resultados/año (If yes, Result/Year): _____ / _____	VIH: <input type="checkbox"/> SÍ (YES) <input checked="" type="checkbox"/> NO Si contestó que sí, resultados/año (If yes, Result/Year): _____ / _____
Haga una lista de las cirugías que considera significativas (List surgeries you would consider significant):		AÑO (YEAR)
1.		
2.		
3.		
4.		
Historia Social (Social History)		
¿Usted Fuma? (Do you smoke?) <input type="checkbox"/> SÍ (YES) <input checked="" type="checkbox"/> NO Número de paquetes al día (Number of packs per day?) _____ ¿Por cuantos años? (How many years?) _____		¿Actualmente toma bebidas alcohólicas? (Do you currently drink alcohol?) <input type="checkbox"/> SÍ (YES) <input checked="" type="checkbox"/> NO ¿Con qué frecuencia? (How often?) _____ ¿Antes tomaba regularmente? (Previous regular use?) <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
¿Usa alguna sustancia como cocaína o marihuana? (Do you use any substances such as cocaine or marijuana?) <input type="checkbox"/> SÍ (YES) <input checked="" type="checkbox"/> NO Si contestó que sí, por favor enumere aquí (If yes, please list): _____ ¿Con qué frecuencia? (How often) _____		
¿Usted trabaja? (Are you employed?) <input type="checkbox"/> SÍ (YES) <input checked="" type="checkbox"/> NO Si contestó que sí, ¿Cuál es su ocupación? (If yes, occupation?) _____		
¿Recibe compensación por invalidez? (On disability?) <input type="checkbox"/> SÍ (YES) <input checked="" type="checkbox"/> NO Si contestó que sí, ¿cuál es la razón? (If yes, reason?) _____		

**Review of Systems** Please check Y (Yes) or N (No) and fill in the blanks where appropriate.

**Review of Systems** Please check Y (Yes) or N (No) and fill in the blanks where appropriate.

CONSTITUCIONAL (CONSTITUTIONAL)		MUSCULOESQUELETAL (MUSCULOSKELETAL)		
<div><div>S N</div><div><input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Fiebres recurrentes (Recurring Fever)</div><div><input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Pérdida de peso (Weight Loss)</div><div><input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Cansancio todo el tiempo (Tired all the Time)</div><div><input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Debilidad en todo el cuerpo (Feel Weak all Over)</div><div><input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Intolerancia al frío/calor (Heat/Cold Intolerance)</div></div>		<div><div>S N</div><div><input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Dolor por todo el cuerpo (músculos/articulaciones) (Pain all over (muscles/joints))</div><div><input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Dolor en las articulaciones. ¿Cuáles? (Joint Pains. Which ones?)</div></div>		
		<div><div><input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Dolores musculares. ¿Dónde? (Muscle Pains. Location(s)?)</div></div>		
		<div><div><input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Rigidez corporal al despertarse. ¿Cuánto tiempo le dura? (Body stiffness when you wake up. Lasts how long?)</div></div>		
		<div><div><input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Inflamación en las articulaciones. ¿Cuáles? (Joints swell. Which ones?)</div></div>		
		<div><div><input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Los dedos de las manos o los pies se inflaman tanto que parecen salchichas (Fingers or toes swell up like hot dogs)</div></div>		
OJOS (EYES)		PIEL (SKIN)		
<div><div>S N</div><div><input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Frecuente enrojecimiento de los ojos (Frequent Red Eyes)</div><div><input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Frecuente dolor en los ojos (Frequent Eye Pain)</div><div><input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Resequedad crónica en los ojos (Chronic Eye Dryness)</div><div><input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Cambios recientes de la visión (Recent Vision Changes)</div></div>		<div><div>S N</div><div><input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Cambios de pigmentación (Pigment Changes)</div><div><input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Soriasis (Psoriasis)</div><div><input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Erupciones cutáneas recurrentes. ¿Dónde? (Recurring Rashes. Where?)</div><div><input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Picazón frecuente (Frequent Itching)</div><div><input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Exposición breve al sol que causa erupciones cutáneas (Brief sun exposure causes a skin rash)</div><div><input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Cambios recientes de las uñas de las manos y de los pies (Recent finger or toe nail changes)</div><div><input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Los puntos de los dedos pierden el color cuando hace frío (All color drains out of fingertips when it's cold)</div><div><input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Pérdida significativa de cabello (Significant hair loss)</div></div>		
OIDOS/NARIZ/GARGANTA (ENT)		HEMATOLÓGICO (HEMATOLOGIC)		
<div><div>S N</div><div><input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Resequedad crónica en la boca (Chronic Dryness in Mouth)</div><div><input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Frecuentes úlceras en la boca (Frequent Mouth Ulcers)</div><div><input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Ronquera crónica (Chronic Hoarseness)</div><div><input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Pérdida de la Audición (Hearing Loss)</div></div>		<div><div>S N</div><div><input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Inflamación frecuente de los ganglios (Frequent Swollen Glands)</div><div><input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Ha recibido tratamiento para coágulos de sangre. ¿En qué parte del cuerpo? (Treated for a blood clot. Body part?)</div><div><input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Sangrado excesivo (Excessive Bleeding)</div><div><input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Frecuente sangrado nasal (Frequent Nosebleeds)</div><div><input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Moretones en exceso (Excessive Bruising)</div></div>		
RESPIRATORIO (RESPIRATORY)		NEUROLÓGICO (NEUROLOGIC)		
<div><div>S N</div><div><input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> El pecho le duele cuando respira profundo (Chest hurts with a deep breath)</div><div><input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Siente que le falta la respiración frecuentemente (Frequently feel short of breath)</div><div><input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Tos frecuente (Frequent Coughing)</div><div><input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Sibilancia frecuente (Frequent Wheezing)</div><div><input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Ronquidos (Snoring)</div><div><input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Pulmonía recurrente (Recurrent Pneumonia)</div><div><input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Asma (Asthma)</div></div>		<div><div>S N</div><div><input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza (Headaches)</div><div><input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Convulsiones (Seizures)</div><div><input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Entumecimiento. ¿Cuál(es) parte(s) del cuerpo? (Numbness. Body Part(s):)</div><div><input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Ardor. ¿Cuál(es) parte(s) del cuerpo? (Burning Sensation. Body Part(s):)</div></div>	<div><div>S N</div><div><input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Sensación de Hormigueo. ¿Cuál(es) parte(s) del cuerpo? (Pins-and-needle sensation. Body Part(s):)</div><div><input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Debilidad reciente en alguna parte del cuerpo (Recent weakness of a body part):</div></div>	
CARDIOVASCULAR				
<div><div>S N</div><div><input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Dolor en el pecho cuando se esfuerza (Chest pain with exertion)</div><div><input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Esforzarse levemente resulta en una falta de aire (Feel short of breath with mild exertion)</div><div><input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Desmayos recientes (Recent Fainting)</div><div><input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Inflamación frecuente de los tobillos (Frequent Ankle Swelling)</div></div>				
GASTROINTESTINAL				
<div><div>S N</div><div><input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Acidez (Heartburn)</div><div><input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Náusea frecuente (Frequent Nausea)</div><div><input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn/Colitis ulcerativa (Crohn's/Ulcerative Colitis)</div><div><input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Síndrome del intestino irritable (IBS (Irritable Bowel))</div><div><input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Sangre en la heces o heces negras/alquitranadas (Blood in stool or black/tarry stool)</div></div>				
URINARIO (URINARY)				
<div><div>S N</div><div><input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Dolor al orinar (Pain When Urinating)</div><div><input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Sangre en la orina (Blood in Urine)</div><div><input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Cálculos en los riñones (Kidney Stones)</div><div><input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Infecciones frecuentes de la vejiga (Frequent Bladder Infections)</div><div><input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Úlceras genitales frecuentes (Frequent Genital Ulcers)</div></div>				

Número de veces que ha estado embarazada (Number of times pregnant): Ninguna

Número de hijos nacidos vivos (Number of live births): Ninguno

Número de pérdidas (Number of miscarriages): Ninguno

Número de abortos (Number of abortions): Ninguno

Método anticonceptivo (Method of contraception): Ninguno

**Historia Familiar** Por favor marque e indique cuál pariente en el espacio provisto.  
(Family History Please check and indicate which family member in the space provided.)

<input type="checkbox"/> Artritis reumatoide (Rheumatoid Arthritis)	<input type="checkbox"/> Osteoartritis (Osteoarthritis)	<input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn's/Colitis ulcerativa (Crohn's/Ulcerative Colitis)
<input type="checkbox"/> Lupus	<input type="checkbox"/> Osteoporosis	<input type="checkbox"/> Espondilitis anquilosante (Ankylosing Spondylitis)
<input type="checkbox"/> Fibromialgia	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Presión sanguínea elevada (High Blood Pressure)
<input type="checkbox"/> Gota (Gout)	<input type="checkbox"/> Soriasis (Psoriasis)	<input type="checkbox"/> Tuberculosis

No

**Lista De Medicamentos Que Toma Actualmente:**

Por favor haga una lista de todos los medicamentos, incluyendo los de receta médica, de venta libre y vitaminas.  
(CURRENT MEDICATIONS Please list all medications including prescription, over-the-counter and vitamins)

**ALERGIAS A MEDICAMENTOS** (Drug Allergies) ☐ SÍ (YES) ☒ NO ¿A CUÁL? (To what?) **¿TIPO DE REACCIÓN?** (Type of reaction?)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO (NAME OF MEDICATION)	DOSIS (DOSAGE)	FRECUENCIA (FREQUENCY)
SUPLEMENTO NATURAL O HERBALES (HERB OR NATURAL SUPPLEMENT)	DOSIS (DOSAGE)	FRECUENCIA (FREQUENCY)

FIRMA DEL/DE LA PACIENTE: \_\_\_\_\_  
(Patient Signature)

FECHA: \_\_\_\_\_  
(Date)

FIRMA DEL DOCTOR/PHYSICIAN SIGNATURE: \_\_\_\_\_  
(Physician Signature)

FECHA: \_\_\_\_\_  
(Date)

Gracias por permitirnos atenderle con sus necesidades de salud médica. Estamos encantados de servirle.  
Thank you for allowing us to assist you with your health care needs. We look forward to serving you.