

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

Nombre del paciente (Patient name): Fatima Serrano Hdz.
Fecha de nacimiento (Date of birth): 16/02/01 Fecha de hoy (Date): 25/09/23

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 checked="" type="checkbox"/> SÍ (YES) <input type="checkbox"/> NO Si contestó que sí, ¿Cuál es su ocupación? (If yes, occupation?) <u>Cajera</u>	
¿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?)	

Revisión de los Sistemas Por favor marque S (Sí) o N (NO) complete la línea cuando sea apropiado.
Review of Systems Please check Y (Yes) or N (No) and fill in the blanks where appropriate.

CONSTITUCIONAL (CONSTITUTIONAL)

- S N
- ☐ ☒ Fiebres recurrentes (Recurring Fever)
- ☐ ☒ Pérdida de peso (Weight Loss)
- ☐ ☒ Cansancio todo el tiempo (Tired all the Time)
- ☐ ☒ Debilidad en todo el cuerpo (Feel Weak all Over)
- ☐ ☒ Intolerancia al frío/calor (Heat/Cold Intolerance)

ENDOCRINO (ENDOCRINE)

- S N
- ☐ ☒ Enfermedad de la tiroides (Thyroid Disease)
- ☐ ☒ Cambio de la talla de sombrero (Change in Hat Size)

OJOS (EYES)

- S N
- ☐ ☒ Frecuente enrojecimiento de los ojos (Frequent Red Eyes)
- ☐ ☒ Frecuente dolor en los ojos (Frequent Eye Pain)
- ☐ ☒ Resequedad crónica en los ojos (Chronic Eye Dryness)
- ☐ ☒ Cambios recientes de la visión (Recent Vision Changes)

OIDOS/NARIZ/GARGANTA (ENT)

- S N
- ☐ ☒ Resequedad crónica en la boca (Chronic Dryness in Mouth)
- ☐ ☒ Frecuentes úlceras en la boca (Frequent Mouth Ulcers)
- ☐ ☒ Ronquera crónica (Chronic Hoarseness)
- ☐ ☒ Pérdida de la Audición (Hearing Loss)

RESPIRATORIO (RESPIRATORY)

- S N
- ☐ ☒ El pecho le duele cuando respira profundo (Chest hurts with a deep breath)
- ☐ ☒ Siente que le falta la respiración frecuentemente (Frequently feel short of breath)
- ☐ ☒ Tos frecuente (Frequent Coughing)
- ☐ ☒ Sibilancia frecuente (Frequent Wheezing)
- ☐ ☒ Ronquidos (Snoring)
- ☐ ☒ Pulmonía recurrente (Recurrent Pneumonia)
- ☐ ☒ Asma (Asthma)

CARDIOVASCULAR

- S N
- ☐ ☒ Dolor en el pecho cuando se esfuerza (Chest pain with exertion)
- ☐ ☒ Esforzarse levemente resulta en una falta de aire (Feel short of breath with mild exertion)
- ☐ ☒ Desmayos recientes (Recent Fainting)
- ☐ ☒ Inflamación frecuente de los tobillos (Frequent Ankle Swelling)

GASTROINTESTINAL

- S N
- ☐ ☐ Acidez (Heartburn)
- ☐ ☐ Náusea frecuente (Frequent Nausea)
- ☐ ☐ Enfermedad de Crohn/Colitis ulcerativa (Crohn's/Ulcerative Colitis)
- ☐ ☐ Síndrome del intestino irritable (IBS Irritable Bowel)
- ☐ ☐ Sangre en la heces o heces negras/alquitranadas (Blood in stool or black/tarry stool)

URINARIO (URINARY)

- S N
- ☐ ☒ Dolor al orinar (Pain When Urinating)
- ☐ ☒ Sangre en la orina (Blood in Urine)
- ☐ ☒ Cálculos en los riñones (Kidney Stones)
- ☐ ☒ Infecciones frecuentes de la vejiga (Frequent Bladder Infections)
- ☐ ☒ Úlceras genitales frecuentes (Frequent Genital Ulcers)

MUSCULOESQUELETAL (MUSCULOSKELETAL)

- S N
- ☐ ☒ Dolor por todo el cuerpo (músculos/articulaciones) (Pain all over (muscles/joints))
- ☐ ☒ Dolor en las articulaciones. ¿Cuáles? (Joint Pains. Which ones?)

☐ ☒ Dolores musculares. ¿Dónde? (Muscle Pains. Location(s)?)

☐ ☒ Rigidez corporal al despertarse. ¿Cuánto tiempo le dura? (Body stiffness when you wake up. Lasts how long?)

☐ ☒ Inflamación en las articulaciones. ¿Cuáles? (Joints swell. Which ones?)

☐ ☒ Los dedos de las manos o los pies se inflaman tanto que parecen salchichas (Fingers or toes swell up like hot dogs)

PIEL (SKIN)

- S N
- ☐ ☒ Cambios de pigmentación (Pigment Changes)
- ☐ ☒ Soriasis (Psoriasis)
- ☐ ☒ Erupciones cutáneas recurrentes. ¿Dónde? (Recurring Rashes. Where?)
- ☐ ☒ Picazón frecuente (Frequent Itching)
- ☐ ☒ Exposición breve al sol que causa erupciones cutáneas (Brief sun exposure causes a skin rash)
- ☐ ☒ Cambios recientes de las uñas de las manos y de los pies (Recent finger or toe nail changes)
- ☒ ☐ Los puntos de los dedos pierden el color cuando hace frío (All color drains out of fingertips when it's cold)
- ☐ ☒ Pérdida significativa de cabello (Significant hair loss)

HEMATOLÓGICO (HEMATOLOGIC)

- S N
- ☐ ☒ Inflamación frecuente de los ganglios (Frequent Swollen Glands)
- ☐ ☒ Ha recibido tratamiento para coágulos de sangre. ¿En qué parte del cuerpo? (Treated for a blood clot. Body part?)
- ☐ ☒ Sangrado excesivo (Excessive Bleeding)
- ☐ ☒ Frecuente sangrado nasal (Frequent Nosebleeds)
- ☐ ☒ Moretones en exceso (Excessive Bruising)

NEUROLÓGICO (NEUROLOGIC)

- S N
- ☐ ☒ Dolores de cabeza (Headaches)
- ☐ ☒ Convulsiones (Seizures)
- ☐ ☒ Entumecimiento. ¿Cuál(es) parte(s) del cuerpo? (Numbness. Body Part(s):)
- ☒ ☐ Ardor. ¿Cuál(es) parte(s) del cuerpo? (Burning Sensation. Body Part(s):)
- S N
- ☐ ☒ Sensación de Hormigueo. ¿Cuál(es) parte(s) del cuerpo? (Pins-and-needle sensation. Body Part(s):)
- ☐ ☒ Debilidad reciente en alguna parte del cuerpo. (Recent weakness of a body part):

PSIQUIÁTRICO (PSYCHIATRIC)

- S N
- ☐ ☒ Depresión (Depression)
- ☒ ☐ Ansiedad (Anxiety)
- ☒ ☐ Trastornos de sueño (Sleep Disorder)
- ☒ ☐ Problemas para dormir: ☐ Para dormirse ☐ Para mantenerse dormido/a (Sleep Problems: Falling Asleep Staying Asleep)

Número de veces que ha estado embarazada (Number of times pregnant): 0

Número de hijos nacidos vivos (Number of live births): 0

Número de pérdidas (Number of miscarriages): 0

Número de abortos (Number of abortions): 0

Método anticonceptivo (Method of contraception): condón

(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

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)



A: 25/09/17

FECHA: _____

FECHA: _____

Thank you for allowing us to assist you with your health care needs. We look forward to serving you.