

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

Nombre del paciente (Patient name): Martínez Nava El Alejandro

Fecha de nacimiento (Date of birth): 12-03-2007

Fecha de hoy (Date): 06-09-2023

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. <u>Gastritis Crónica</u>	<u>2013</u>	
2.		
3.		
4.		
¿Ha tenido fracturas en el pasado? (Any previous fractures?) <input checked="" type="checkbox"/> SÍ (YES) <input type="checkbox"/> NO	Si contestó que sí, por favor describa (If yes, please describe):	
	<u>Ruptura de hueso orbital</u>	
¿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 checked="" type="checkbox"/> SÍ (YES) <input type="checkbox"/> NO Si contestó que sí, resultados/año (If yes, Result/Year): <u>2022 / negativo</u>	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. <u>Prótesis de húmero por ruptura de hueso orbital</u>	<u>2022</u>	
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 checked="" type="checkbox"/> SÍ (YES) <input type="checkbox"/> NO ¿Con qué frecuencia? (How often?) <u>Cada mes</u> ¿Antes tomaba regularmente? (Previous regular use?) <input type="checkbox"/> SÍ <input checked="" type="checkbox"/> NO	
¿Usa alguna sustancia como cocaína o marihuana? (Do you use any substances such as cocaine or marijuana?) <input checked="" type="checkbox"/> SÍ (YES) <input type="checkbox"/> NO Si contestó que sí, por favor enumere aquí (If yes, please list): <u>Marihuana</u> ¿Con qué frecuencia? (How often) <u>Cada mes</u>		
¿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>Entrenador Personal de artes marciales</u>		
¿Recibe compensación por invalidez? (On disability?) <input type="checkbox"/> SÍ (YES) <input 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 |
|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

ENDOCRINO (ENDOCRINE)

- | S | N |
|--------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

OJOS (EYES)

- | S | N |
|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

OIDOS/NARIZ/GARGANTA (ENT)

- | S | N |
|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

RESPIRATORIO (RESPIRATORY)

- | S | N |
|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

CARDIOVASCULAR

- | S | N |
|--------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

GASTROINTESTINAL

- | S | N |
|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

URINARIO (URINARY)

- | S | N |
|--------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

MUSCULOESQUELETAL (MUSCULOSKELETAL)

- | S | N |
|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

- | S | N |
|-------------------------------------|--------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- | S | N |
|--------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

PIEL (SKIN)

- | S | N |
|--------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

HEMATOLÓGICO (HEMATOLOGIC)

- | S | N |
|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

NEUROLÓGICO (NEUROLOGIC)

- | S | N | S | N |
|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

PSIQUIÁTRICO (PSYCHIATRIC)

- | S | N | S | N | S | N |
|-------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

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

Número de pérdidas (Number of miscarriages): _____

Número de abortos (Number of abortions): _____

Método anticonceptivo (Method of contraception): _____

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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> Osteoporosis	<input type="checkbox"/> Espondilitis anquilosante (Ankylosing Spondylitis)
<input type="checkbox"/> Fibromialgia	<input checked="" type="checkbox"/> Diabetes	<input checked="" type="checkbox"/> Presión sanguínea elevada (High Blood Pressure)
<input type="checkbox"/> Gota (Gout)	<input type="checkbox"/> Soriasis (Psoriasis)	<input type="checkbox"/> Tuberculosis

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: 18-sep-2023
(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.