

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

Nombre del paciente (Patient name): Tello de la Cruz Luis Angel

Fecha de nacimiento (Date of birth): 27 de marzo de 2008 Fecha de hoy (Date): 25 de septiembre de 2013

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 cuántos 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>Casi nunca</u> ¿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?): _____		

Revisión de los Sistemas Por favor marque S (SI) 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)
- ☐ ☒ Trastornos de sueño (Sleep Disorder)
- ☒ ☐ Problemas para dormir. ☒ Para dormirse ☐ Para mantenerse dormido/a (Sleep Problems Falling Asleep Staying Asleep)
- S N
- ☐ ☒ Ansiedad (Anxiety)
- S N
- ☐ ☒ Confusión (Confusion)

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):

