

La fecha de Visita: _____ Nombre: _____ Apodo: _____

Altura: _____ Peso: _____ DOB: _____ Edad: _____

Contacto de emergencia: _____

Son usted bajo un cuidado de doctor? Sí No Si Sí, lo que condiciona es tratado: _____

Sus Médicos Denominan: _____ Teléfono: _____

La fecha de Ultimo Físico: _____ CXR: _____ EKG: _____

CONSTITUCIONAL		HEMATOLOGIA	
Pérdida de peso	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sangrar excesivo con la cirugía	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Gástrico Evita	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Anemia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
CARDIOVASCULAR		La sangre se coagula en piernas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Hipertensión	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	La sangre se coagula en pulmones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Angina o dolor de pecho	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sangre Thinners	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Infarto (MI)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	MUSCULOESQUELETICO	
Problema de válvula de corazón	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Apoye/cuello/mandíbula	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Pulso irregular (arritmia)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Restricciones artificiales de coyunturas o movilidad	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
RESPIRATORIO		NEUROLOGICO	
Duerma la apnea	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Strokes/TIA's	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Asma	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	El Disease/Alzheimer de Parkinson	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Enfisema	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Esclerosis múltiple (MS)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Tos o falta de aliento prolongadas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tomas (epilepsia)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Tuberculosis (TB)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Herida de Médula Espinal	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
GASTROINTESTINAL		PSIQUIATRICO	
Las úlceras/reflujo/Gerd	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Depresión	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
La hepatitis/cirrosis/da envidia a	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Ansiedad	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Estreñimiento	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Otro	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Negro o Mancha de sangre taburetes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	INMUNOLOGICO	
GENITO-URINARY/KIDNEY		Lupus	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Infecciones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	AIDS/HIV	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Piedras	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	STD'S	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Incontinencia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Erupciones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
ENDOCRINO		OJOS/DENTAL	
La diabetes - Escribe a máquina 1 2	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Gafas/contacta	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Gota	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Corona/dentaduras	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
La tiroides - Hipo Hiper Otro	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

If Sí: La lista y explica: _____

Son usted alérgico a cualquier medicina, el látex o el caucho/alimento/estacional, etc. Sí NO

Si Sí: La lista y explica: _____

Liste cualquier enfermedad que usted ha tenido:

Incluya Mes y Año (la Hipertensión, la Diabetes, Etc.)

Ninguno

Liste cualquier Hospitalización o las Cirugías

Ninguno

Medicinas actuales:

Ninguno

Liste por favor todas medicinas,
Los suplementos, de hierbas, etc.

Los Pacientes femeninos SOLO:

¿Podría estar usted embarazada?

Sí

No

¿Amamanta usted?

Sí

No

#_____Embarazos

#_____Entregas

¿Anticipa usted futuros embarazos?

Sí

No

La Historia social: Verifique por favor la respuesta apropiada.

Estado civil: Solo Casado Divorciado Separado Enviudado

Uso de alcohol: Nunca 1-3 Bebidas/wk 4-6 Bebidas/wk > 6 Bebidas/wk Deje, el año

Uso de tabaco: Nunca Diario, empaca/día de corriente Quit, year # de años fumados

Endroge el Uso: Ninguno Sí, escriba a máquina y la frecuencia

Ocupación: _____

La Historia familiar: Liste por favor cualquier enfermedad que corre en su familia.

Enfermedad cardíaca **Golpe** **Diabetes** **Enfermedad renal** **Piedras urinarias** **Cáncer** **Cáncer de próstata**

Edad

Salud

Liste algún problema médico

Envejezca en la muerte

Causa de mortalidad

Padre _____

Madre _____

Hermanas _____

Hermanos _____

Niños _____

Fecha _____ **Firma paciente** _____

PARA MEDICOS UTILIZA SOLO - he revisado este cuestionario con el hoy paciente

Las NOTAS:

La Fecha de hoy _____ **Firma** _____