

ANTECEDENTES FAMILIARES

Marque las afecciones relacionadas con sus antecedentes familiares e indique el parentesco.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Enfermedad reumática _____
<input type="checkbox"/> Asma _____
<input type="checkbox"/> Cáncer _____
<input type="checkbox"/> Dependencia química _____
<input type="checkbox"/> Diabetes _____
<input type="checkbox"/> Gota _____
<input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca _____
<input type="checkbox"/> Presión arterial alta _____
<input type="checkbox"/> Hipertensión _____ | <input type="checkbox"/> Cáncer de riñón _____
<input type="checkbox"/> Enfermedad renal _____
<input type="checkbox"/> Cálculos renales _____
<input type="checkbox"/> Enfermedad hepática _____
<input type="checkbox"/> Obesidad _____
<input type="checkbox"/> Cáncer de próstata _____
<input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular _____
<input type="checkbox"/> Otra: _____ |
|--|--|

HOSPITALIZACIONES

Año	Cirugías	Motivo de la hospitalización y resultado
Año	Enfermedad/lesiones graves	Resultado

¿Alguna vez recibió una transfusión sanguínea? Sí No

Si la respuesta es sí, indique las fechas aproximadas _____

ANTECEDENTES DE VACUNAS

Tétano _____	Fecha _____
Hepatitis A _____	Fecha _____
Hepatitis B _____	Fecha _____
Pneumovax _____	Fecha _____
Neumocócica _____	Fecha _____

HÁBITOS DE SALUD

Marque las áreas correspondientes.
Si responde sí, indique la frecuencia.

Cigarrillo	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	_____
Tabaco	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	_____
Alcohol	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	_____
Drogas	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	_____
Cafeína	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	_____
Ejercicio	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	_____

AFECCIONES

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> SIDA | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Mononucleosis |
| <input type="checkbox"/> Alcoholismo | <input type="checkbox"/> Bocio | <input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Gonorrea | <input type="checkbox"/> Marcapasos/Desfibrilador |
| <input type="checkbox"/> Anorexia | <input type="checkbox"/> Gota | <input type="checkbox"/> Neumonía |
| <input type="checkbox"/> Apendicitis | <input type="checkbox"/> Ataque cardíaco | <input type="checkbox"/> Polio |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad reumática | <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca | <input type="checkbox"/> Trastorno prostático |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Hepatitis _____ | <input type="checkbox"/> Atención psiquiátrica |
| <input type="checkbox"/> Infección vesical | <input type="checkbox"/> Hernia de _____ | <input type="checkbox"/> Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Trastornos hemorrágicos | <input type="checkbox"/> Herpes | <input type="checkbox"/> Enfermedad de transmisión sexual |
| <input type="checkbox"/> Obstrucción intestinal | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta (Hipertensión) | <input type="checkbox"/> Úlceras estomacales |
| <input type="checkbox"/> Bulimia | <input type="checkbox"/> Colesterol alto | <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular |
| <input type="checkbox"/> Cáncer de _____ | <input type="checkbox"/> VIH Positivo | <input type="checkbox"/> Problemas de tiroides |
| <input type="checkbox"/> Cataratas | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Dependencia química | <input type="checkbox"/> Enfermedad hepática | <input type="checkbox"/> Úlceras |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar | <input type="checkbox"/> Infecciones vaginales |
| <input type="checkbox"/> Enfisema | <input type="checkbox"/> Migrañas | <input type="checkbox"/> Enfermedad venérea |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Aborto espontáneo | |

SÍNTOMAS

GENERALES

- Ansiedad
- Depresión
- Mareos
- Desmayo
- Fatiga
- Fiebre
- Mala memoria
- Dolor de cabeza
- Intolerancia al calor/frío
- Pérdida de la conciencia
- Falta de sueño
- Pérdida de peso
- Nerviosismo
- Entumecimiento
- Sudor
- Glándulas inflamadas
- Aumento de peso
- Pérdida de peso

GASTROINTESTINALES

- Dolor abdominal
- Poco apetito
- Hinchazón abdominal
- Cambios intestinales
- Constipación
- Diarrea
- Hambre excesivo
- Sed excesiva
- Acidez estomacal
- Hemorroides
- Náuseas
- Hemorragia rectal
- Dolor estomacal
- Vómitos
- Vómitos con sangre

- Pérdida del equilibrio
- Hemorragia nasal
- Dolor
- Tos persistente
- Zumbido en los oídos
- Mareos
- Problemas sinusales
- Hinchazón de las extremidades
- Vértigo
- Visión-Flashes
- Visión-Halos

RESPIRATORIOS

- Tos con sangre
- Dificultad para respirar con esfuerzo
- Tos persistente
- Falta de aliento
- Sibilancia

MUSCULARES/ARTICULARES/ÓSEOS

Pain, swelling, weakness, numbness in:

- Brazos
- Espalda
- Pies
- Manos
- Cadera
- Piernas
- Cuello
- Hombros

GENITOURINARY

- Sangre en la orina
- Ardor
- Micción frecuente
- Pérdida del control de la vejiga
- Micción nocturna
- Dolor al orinar
- Secreción peniana

CARDIOVASCULARES

- Dolor en el pecho
- Presión arterial alta
- Latidos cardíacos irregulares
- Presión arterial baja
- Palpitaciones
- Circulación deficiente
- Latidos cardíacos rápidos
- Hinchazón de los tobillos
- Várices

EN LOS OJOS, OÍDOS, NARIZ, GARGANTA

- Sangre en las encías
- Visión borrosa
- Cambios en la audición
- Dificultad para tragar/masticar
- Visión doble
- Sequedad ocular
- Anteojos/lentes de contacto
- Rinitis polínica

PROBLEMAS SINUSALES

- Dolores de cabeza sinusales
- Infecciones sinusales
- Presión sinusal

EN LA PIEL

- Ardor
- Ictericia
- Lesiones
- Sarpullido
- Llagas

OTRAS AFECCIONES

- Coágulos sanguíneos
- Bultos o secreción en los pechos
- Circulación deficiente en las piernas
- Tromboflebitis
- Fracturas recientes: _____

OCUPACIÓN

- Tiempo completo
- Tiempo parcial
- Jubilado/a
- Desempleado/a/Unemployed

Marque los siguientes casilleros si su trabajo lo expone a:

- Estrés
- Levantar objetos pesados
- Sustancias peligrosas
- Otros _____

Ocupación: _____

AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE

Certifico que la información incluida anteriormente es correcta a mi leal saber y entender. No responsabilizaré a mi medico ni a los demás miembros de su personal por cualquier error u omisión que yo tenga al completar este formulario.

Firma del Paciente/Garante _____ Fecha _____

Revisado por _____ Fecha _____