

Historia Clínica / Forma Física del Paciente

Fecha: _____

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____

Ocupación _____ Peso / Estatura Normal _____

Alergias

Razón para visitar al médico el día de hoy? _____

¿Alguna vez ha tenido alguno de los siguientes síntomas? En caso de Sí, Porfavor describa brevemente.

Aparición de nuevos dolores de cabeza _____

Importantes cambios en la visión o la audición _____

Ronquera _____

Dolor de pecho _____

Tos inexplicable _____

Falta de aliento _____

Frecuencia de acidez o indigestión _____

Cambio en el patrón de evacuación _____

Sangrado rectal _____

Dolor al orinar _____

Sangre en la orina _____

Cambio en la frecuencia de la orina _____

Dolor articular o muscular _____

Fatiga _____

Dificultad para dormir _____

Cambio de estado civil / relación _____

Pérdida / Subido de peso en los últimos 6 meses _____

¿Hay algún problema de salud importante de sus parientes consanguíneos? Porfavor describa

Antecedentes familiares con cáncer de colon o pólipos en el colon? **SÍ** **NO**

Antecedentes familiares con cáncer de mama? **SÍ** **NO**

¿Fuma usted? **SÍ** **NO** En caso **SÍ**, ¿cuánto? _____

¿Bebe alcohol? **SÍ** **NO**

En caso **SÍ**, porfavor marque con una X la categoría apropiada:

___ Social (ocasionalmente de vino o un cóctel)

___ Moderada (menos de 4 oz por día)

___ Pesados (más de 4 onzas por día)

¿Utiliza algún tipo de medicamentos no recetados o drogas? **SÍ** **NO**

En caso **SÍ**, Describa _____

Por favor escriba todos los medicamentos recetados que usted toma regularmente:

- | | |
|----------|-----------|
| 1) _____ | 6) _____ |
| 2) _____ | 7) _____ |
| 3) _____ | 8) _____ |
| 4) _____ | 9) _____ |
| 5) _____ | 10) _____ |

Por favor escriba cualquier medicamentos de venta libre (como la aspirina), los suplementos de hierbas y vitaminas que usted toma regularmente:

- | | |
|----------|-----------|
| 1) _____ | 6) _____ |
| 2) _____ | 7) _____ |
| 3) _____ | 8) _____ |
| 4) _____ | 9) _____ |
| 5) _____ | 10) _____ |

¿Ha tenido alguna vez una cirugía u hospitalización? **SÍ** **NO**

En caso **SÍ**, Porfavor describa _____

¿Tiene otros problemas de salud o una preocupación de que no se han enumerado?

Por favor, regrese esta forma a la recepción cuando allá terminado y el médico estará con usted en breve. Gracias.