

Caballero Family Healthcare Group PLLC
Formulario de antecedentes del paciente

Fecha: _____

Nombre del paciente _____

Fecha de
nacimiento _____

Medicamentos

Lista de medicamentos actuales (incluya sin receta y vitaminas o suplementos): _____

Alergias a medicamentos y alergias alimentarias:

Antecedentes de cirugías:

Antecedentes médicos:

Hábitos relacionados con la salud:

Hábitos relacionados con la salud – Verifique qué sustancias usa y describa cuánto consume.

- ☐ Caféina _____
- ☐ Drogas _____
- ☐ Tabaco _____
- ☐ Alcohol _____
- ☐ Otra _____

Especialista:

Nombre y dirección de la farmacia: _____

Número de teléfono de farmacia: _____

Ocupacionales – Marque si su trabajo lo expone a lo siguiente

Su ocupación: _____

- ☐ Estrés _____
- ☐ Levantar cosas pesadas _____
- ☐ Sustancia peligrosa _____
- ☐ Otro _____

Verifique los síntomas que tiene o ha tenido en el último año.

General

- ☐ Escalofríos
- ☐ Depresión/
nerviosismo
- ☐ Mareos / desmayos
- ☐ Fiebre
- ☐ Olvidos
- ☐ Dolor de cabeza
- ☐ Pérdida de sueño

☐ Falta de sensación

☐ Sudores

**Músculo, articulación
y hueso**

Dolor, debilidad, falta de
sensación en:

☐ Brazos ☐ Caderas

☐ Espalda ☐ Piernas

☐ Pies ☐ Cuello

☐ Manos ☐ Hombros

Genitourinarios

- ☐ Sangre en la orina
- ☐ Orina
frecuentemente
- ☐ Falta de control de
la vejiga

☐ Dolor al orinar

Gastrointestinal

- ☐ Falta de apetito
- ☐ Distensión
abdominal
- ☐ Cambios
intestinales
- ☐ Estreñimiento
- ☐ Diarrea

<input type="checkbox"/> Sed excesiva	<input type="checkbox"/> Sangrado rectal	<input type="checkbox"/> Dolor de pecho	<input type="checkbox"/> Mala circulación
<input type="checkbox"/> Gas	<input type="checkbox"/> Dolor de estómago	<input type="checkbox"/> Presión arterial alta/baja	<input type="checkbox"/> Hinchazón en los tobillos
<input type="checkbox"/> Hemorroides	<input type="checkbox"/> Vómito	<input type="checkbox"/> Latidos cardiacos irregulares	<input type="checkbox"/> Venas varicosas
<input type="checkbox"/> Indigestión	<input type="checkbox"/> Vomitar sangre		
<input type="checkbox"/> Náusea	Cardiovascular		

Ojos, Oídos, Nariz y Garganta	<input type="checkbox"/> Problemas de los senos nasales	<input type="checkbox"/> Bulto en los testículos	<input type="checkbox"/> Secreción del pezón
<input type="checkbox"/> Sangrado de encías	<input type="checkbox"/> Destellos o auras en la vista	<input type="checkbox"/> Secreción del pene	<input type="checkbox"/> Coito doloroso
<input type="checkbox"/> Visión borrosa	Piel	<input type="checkbox"/> Llagas en el pene	<input type="checkbox"/> Flujo vaginal
<input type="checkbox"/> Ojos cruzados	<input type="checkbox"/> Propenso a moretones	<input type="checkbox"/> Fecha del último: Colonoscopia_____	<input type="checkbox"/> Fecha del último: Colonoscopia_____
<input type="checkbox"/> Dificultad para tragar	<input type="checkbox"/> Ronchas	Examen de la vista_____	Examen de la vista_____
<input type="checkbox"/> Visión doble	<input type="checkbox"/> Comezón/sarpullido	Escaneo óseo_____	Escaneo óseo_____
<input type="checkbox"/> Dolor/secreción de oído	<input type="checkbox"/> Cambio en los lunares	Solo para mujeres	Mamografía_____
<input type="checkbox"/> Fiebre del heno	<input type="checkbox"/> Cicatrices	<input type="checkbox"/> Citología anormal	Periodo menstrual_____
<input type="checkbox"/> Ronquera	<input type="checkbox"/> Llagas que no sana	<input type="checkbox"/> Sangrado entre periodos	Citología_____
<input type="checkbox"/> Pérdida auditiva	Solo para hombres	<input type="checkbox"/> Bulto en las mamas	¿Está embarazada?_____
<input type="checkbox"/> Sangrado nasal	<input type="checkbox"/> Dificultades con la erección	<input type="checkbox"/> Dolor menstrual extremo	Número de hijos(as)_____
<input type="checkbox"/> Tos persistente		<input type="checkbox"/> Sofocos	
<input type="checkbox"/> Zumbido de oídos			

Marque las condiciones que tiene o ha tenido

<input type="checkbox"/> SIDA	<input type="checkbox"/> Dependencia química	<input type="checkbox"/> Herpes	<input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple	<input type="checkbox"/> Escarlatina
<input type="checkbox"/> Apendicitis	<input type="checkbox"/> Varicela	<input type="checkbox"/> Colesterol alto	<input type="checkbox"/> Paperas	<input type="checkbox"/> Derrame cerebral
<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> VIH positivo	<input type="checkbox"/> Marcapasos	<input type="checkbox"/> Problemas de la tiroides
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Enfisema	<input type="checkbox"/> Enfermedad de los riñones	<input type="checkbox"/> Neumonía	<input type="checkbox"/> Tuberculosis
<input type="checkbox"/> Trastornos del sangrado	<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado	<input type="checkbox"/> Poliomielitis	<input type="checkbox"/> Úlceras
<input type="checkbox"/> Bulto en las mamas	<input type="checkbox"/> Glaucoma	<input type="checkbox"/> Sarampión	<input type="checkbox"/> Problemas de la próstata	<input type="checkbox"/> Enfermedad venérea
<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón	<input type="checkbox"/> Cefalea migrañosa	<input type="checkbox"/> Fiebre reumática	
<input type="checkbox"/> Cataratas	<input type="checkbox"/> Hepatitis			

Describe las enfermedades graves y/o las operaciones _____

Fecha del último examen físico _____

Antecedentes familiares

VIVE FALLECIDO	PADRE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	MADRE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	HERMANOS (AS) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	HIJOS (AS) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Condiciones actuales				
Causa de muerte				

MARQUE LAS ENFERMEDADES QUE CUALQUIERA DE SUS PARIENTES CONSANGUÍNEOS HAYAN TENIDO

- ☐ Diabetes
- ☐ Enfermedad del corazón
- ☐ Cáncer
- ☐ Derrame cerebral
- ☐ Tendencia al sangrado
- ☐ Presión arterial alta
- ☐ Enfermedad de los riñones
- ☐ Enfermedad nerviosa
- ☐ Tuberculosis
- ☐ Alergia
- ☐ Otra_____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha _____