



Nombre de Paciente: _____ Fecha de Nacimiento _____
Nombre Segundo Nombre Apellido

HISTORIAL DE SALUD PERSONAL

¿Cuál es la razón principal de su visita a nuestra clínica hoy? _____

¿Cuándo fue la última vez que visitó una oficina de un médico, una clínica médica o un hospital? Por favor, explique. _____

¿Es usted consciente de alguna alergia a alimentos, medicamentos u otros alergenios ambientales (gatos, moho, polvo)? Si sí, por favor indique y explique: _____

¿Qué hospitalizaciones o cirugías ha tenido? _____

¿Alguna vez ha sido diagnosticado con una condición médica crónica (enfermedades del corazón, diabetes, cáncer, etc)? _____

Medicamentos y/o Suplementos

¿Toma o usar alguno de los siguientes?

- Calmantes para el dolor (aspirina, ibuprofeno)
- Cortisona (crema o pastillas)
- Medicamentos para la tiroides
- Antiácidos
- Laxantes
- Antibióticos
- Pastillas para dormir
- Tranquilizantes
- Pastillas para adelgazar, supresores del apetito

Por favor, indique todos los medicamentos recetados, medicamentos sin receta, vitaminas o suplementos que esté tomando: _____

General

Altura: _____ Peso: _____ lbs. Peso hace un año: _____ lbs.
Peso máximo: _____ lbs. ¿Cuándo? _____
¿Cuándo durante el día tiene la mejor energía? _____ ¿Y peor? _____

¿Hay algo más que le gustaría que nosotros sepamos para servirle mejor? _____

Revisión de Sistemas

Por favor circule: Y = Sí, condición presente. N = No, nunca tuvo condición. P = problema del pasado.

General

Mareo Y P N Sudores nocturnos Y P N Fatiga Y P N

Cabeza

Migrañas Y P N Dolor de cabeza Y P N Mandíbulas / ATM Y P N

Piel

Erupciones Y P N Eczema, urticaria Y P N Cambio de color Y P N

Musculoesquelético

Debilidad Y P N Espasmos musculares Y P N Dolor articular Y P N

Neurológico

Desmayo Y P N Pérdida de memoria Y P N Debilidad muscular Y P N

Convulsiones Y P N Parálisis Y P N Entumecimiento /
hormigueo Y P N

Emocional

Depresión Y P N Nerviosidad Y P N Cambios de ánimo Y P N

Ansiedad Y P N Tensión / estrés Y P N

Endocrino

Sed excesiva Y P N Intolerancia al frío Y P N Problemas de tiroides _____

Apetito excesivo Y P N intolerancia al calor Y P N Diabetes _____

Apetito excesivo Y P N

Respiratorias / Cardiovascular

Tos Y P N Dificultad respirando Y P N Dificultad respirando acostado Y P N

Asma Y P N Dolor de pecho Y P N Dolor abdominal Y P N

Coágulos de sangre Y P N Enfermedad cardiaca Y P N Baja / alta presión arterial Y P N

Gastrointestinal

Diarrea Y P N Sangre en heces Y P N Dolor abdominal Y P N

Estreñimiento Y P N Náuseas / Vómitos Y P N

¿Cuántos movimientos intestinales por día? _____

Urinario

Incontinencia Y P N Infecciones frecuentes Y P N Dolor al orinar Y P N

Reproductor Masculino

Hernias Y P N Masas testiculares Y P N Dificultad sexual Y P N

Reproductor Femenino

Edad de la primera menstruación _____ Era de la última menstruación (si la menopausia) _____

Duración del ciclo _____ Duración de la menstruación _____ Fecha de último examen _____

Número de embarazos _____ Número de nacimientos _____ Número de abortos _____

Número de abortos involuntarios _____ Anticonceptivos Y P N

Si sí, de qué tipo? _____