

Historial del Paciente

Fecha: _____

Clínica familiar este Springdale

Matthew Totten M.D. & Shannon Jones APN, NP-C, CWS

1607 S. camino viejo de Missouri

Springdale, AR 72764

Tel: (479) 463-4887 Fax: (479) 463-4886

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Describa brevemente qué problemas lo(a) trae al doctor: _____

Lista de todos sus medicamentos (incluyendo: cualquier medicinas sin receta que usted toma, la dosis y frecuencia).

Alergias Medicamentosas
1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Antecedentes: por favor coloque una X si usted o su familia ha tenido cualquiera de los siguientes:

- Diabetes: usted familia problemas siquiátricos: usted familia cardiopatía: usted familia
- Tiroides: usted familia hipertensión arterial: usted familia función hepática: usted familia
- Convulsiones: usted familia enfermedad pulmonar: usted familia nefropatía familiar: usted familia
- TB usted familia piedras de riñón: usted familia Infección de orina: usted familia
- Cáncer: usted familia de sangrado: usted familia infertilidad: usted familia
- Tipo de cáncer: _____ problemas de anestesia: usted familia

Lista de historia ginecológica: último período Menstrual: ___ # de embarazos ___ # ___ nacidos vivos

Historia quirúrgica de la lista:

Cirugía	Fecha	cirugía	Fecha
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Historial médico familiar:

enfermedad o causa de la muerte

- Padre : Edad ___ Vive edad de fallecidos
- Madre: Edad ___ Vive edad de fallecidos
- Hermano: Edad ___ Vive edad de fallecidos
- Hermano: Edad ___ Vive edad de fallecidos
- Hermana: Edad ___ Vive edad de fallecidos
- Hermana: Edad ___ Vive edad de fallecidos

Historia social:

Solo casado divorciado viudo

Ocupación: _____

Religion: _____

Utilizas o has usado tabaco?

No Si, cantos _____

si dejo de fumar, cuando? _____

Vacunas: Tétanos última vacuna _____ Neumonía _____ Influenza _____

Si el paciente es un niño, sus vacunas están al día? _____

Por favor ver el otro lado →

REVISIÓN DE SISTEMAS:

USTED TIENE O HA TENIDO RECIENTEMENTE PROBLEMAS CON CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES?
(FAVOR DE CIRCULAR SUS RESPUESTAS)

GENERAL	Cambio de peso	Fiebre			
GÉNITO URINARIO / SISTEMA	Dolor o ardor al orinar	Cálculo renal	Frecuencia	Flujo lento o pequeño	Sangre en la orina
	Levantarse por la noche para orinar	Fuga de orina	urgencia	Dificultad al vaciar la vejiga	Infecciones urinarias recurrentes
	Sangrado vaginal anormal	Problemas menstruales	Problemas sexuales		
PIEL	Bultos o nódulos	Tumor mamario	erupciones	llagas	Otros problemas de piel
OJOS	glaucoma	Cataratas	gafas	Otros problemas del ojo	
OÍDOS, nariz y garganta	Dificultad para deglutir	Sangrado nasal	prótesis dentales	Problemas de sinusitis	Dolor de oídos
SANGRE/LINFA	Ganglios o glándulas	Problemas de sangrado	anemia	Otros trastornos de la sangre	
CORAZÓN y VASCULAR	Latidos cardíacos irregulares	Insuficiencia cardíaca	angina	Problemas de la válvula del corazón	Soplo cardíaco
	Dolor en las piernas con el esfuerzo	Dolor en el pecho	flebitis	Hinchazón en las piernas	Coágulos de sangre
	Otros problemas de vasos de sangre/corazón				
RESPIRATORIA	Dificultad para respirar	vigilancias	tos	asma	Otros problemas pulmonares
GASTROINTESTINAL	Problemas de vesícula biliar	Sangre en heces	diarrea	Heces alquitranases oscuros	Sangrado intestinal
	Falta de apetito	Hernia de hiato	úlceras	indigestión	Hemorroides
	estreñimiento	vómitos	náuseas	hernia	
NEUROLÓGICOS	Pérdida del conocimiento	dolores de cabeza	trazos	mareo	parálisis
	entumecimiento	Debilidad			
PSYCHOLIGICAL	Otros problemas psicológicos	depresión	Ansiedad		
MÚSCULO-ESQUELÉTICO	Cirugía de reemplazo de articulaciones	Huesos rotos	gota	artritis	Dolor de hueso o la articulación
SISTEMA ENDOCRINO	Intolerancia de calor o frío	Oleadas de calor	a bochornos	Mucha sed	Cambio de la pigmentación de la piel