

Nombre del Paciente _____ DOB _____ Chart # _____ Fecha _____

FARMACIA _____

Primary Care Doctor _____

Sintomas que han ocurrido en el último año

- ◆ **GENERAL**
Fiebre (fever).....
Cambio en peso (weight changes).....
- ◆ **PIEL (Skin)**
Erupción (rash).....
- ◆ **RESPIRATORIO**
Tos crónica (chronic cough).....
Falta de aliento (shortness of breath).....
- ◆ **CARDIOVASCULAR**
Dolor de pecho (chest pain).....
- ◆ **GASTROINTESTINAL**
Dificultad para tragar (difficulty swallowing).....
Acidez/Indigestión (heartburn).....
- ◆ **MUSCULAR**
Dolor en las articulaciones, rigidez o hinchazón....
- ◆ **NEUROLÓGICO**
Mareos (dizziness).....
Dolores de cabeza frecuentes (headaches).....
- ◆ **SIQUIATRICO (Psychiatric)**
Depresión
Pérdida de la memoria
- ◆ **ENDOCRINO**
Sed excesiva
Micción excesiva
- ◆ **HEMATOLÓGICO/LINFÁTICO**
Sangrado o moretones tendencia.....

LISTA DE CIRUGÍAS PREVIAS

- | | | | |
|--------------------|--------------------------|------------|--------------------------|
| Amigdalectomía | <input type="checkbox"/> | Seno nasal | <input type="checkbox"/> |
| Tubos en los oídos | <input type="checkbox"/> | Tiroide | <input type="checkbox"/> |

Otras cirugías relacionadas con Oídos /Nariz / Garganta:

cosméticos?

Como esucho de nosotros?

- Periodico..... Pagina de internet.....
 Correo..... Referencia de doctor.....
 Paciente existente Otro _____

HISTORIA MEDICA DEL PACIENTE

- | | |
|--|--|
| Diabetes _____ <input type="checkbox"/> | Hipertensión _____ <input type="checkbox"/> |
| Cáncer _____ <input type="checkbox"/> | Problemas del corazón _____ <input type="checkbox"/> |
| Convulsiones _____ <input type="checkbox"/> | Artritis _____ <input type="checkbox"/> |
| Problemas de sangrado _____ <input type="checkbox"/> | Asma _____ <input type="checkbox"/> |
| VIH positivos _____ <input type="checkbox"/> | TB (tuberculosis) _____ <input type="checkbox"/> |
| Hepatitis _____ <input type="checkbox"/> | |

HISTORIA SOCIAL DEL PACIENTE

Uso de alcohol: Nunca ___ Diariamente ___ Socialmente ___
 Uso de tabaco: Cigarrillos ___ Pipa ___ Masticables ___ Cigarro ___
 Cuantos paquetes o cigarrillos al día ___ Duración(anos) ___
 Nunca ___ Antes pero lo dejé ___ anos atrás ___ meses atrás ___

HISTORIAL MÉDICO FAMILIAR

- Hipertensión.....
 Diabetes.....
 Problemas de la tiroides.....
 Alergias.....
 Desordenes de la sangre.....
 Cáncer.....
 Pérdida de audición.....

LISTA DE MEDICINAS QUE TOMA ACTUALMENTE

SI LA RESPUESTA ES SI, LISTA DE LAS MEDICINAS A LAS QUE ES ALERGICO

Esta usted interesado/a en servicios o productos
Si.... No....

Esta usted interesado/a en prevencion de alergias?
Si.... No....

Esta usted interesado/a en prevencion de perdida de audicion/
Audifonos? Si.... No....