

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:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Como esucho de nosotros?**

- Periodico..... Pagina de internet..... Carro de Compras.....  
 Correo..... Referencia de doctor. Amigo/a.....  
 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 cosmeticos?  
Si.... No....

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

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

