

Esta forma es muy importante para usted y su médico. Queremos que compruebe todo lo que sabemos acerca de usted, ya que actualizamos nuestros registros una vez al año. Por favor, pasar una gran cantidad de energía llenarlo correctamente y por completo.

Nombre (Apellido, Nombre, Inicial): _____ Teléfono en Casa: _____

Celular: _____ Correo electrónico: _____ Ocupación _____

Estado: [] 1 – Casado [] 2 – Soltero [] 4 – Otros [] 6 – Separado [] 7 – Divorciado [] 5 – Viudo

Fecha de Nacimiento: _____ Edad _____ Género: _____ Número de Seguro Social # _____

Medicamentos: (Nombre, Dosis, y Cuando Se Toma) _____

Alergias a los medicamentos: (Sí/No/ ¿Qué medicamentos?) _____

Cirugía: (¿Qué han y cuándo?) _____

Historia clínica: (Lista de todas las hospitalizaciones, o cualquier otra condición médica crónica para la que usted ha visto a un médico)

La historia social:

¿Ha? / ¿Utiliza ilícitas-drogas recreativas? ¿Si es así, que los? _____

¿Si usted toma bebidas alcohólicas, cuánto y con qué frecuencia? _____

¿Si usted mastica, el humo o **alguna vez** ha consumido tabaco, ¿qué edad empezaste? ¿Cuánto se utiliza un día? _____

Su historia familiar: (Cualquier enfermedad o enfermedades en los niños, padres o abuelos.)			
Nombre del miembro de la familia	Edad	Problemas de salud	Causa y la edad de la muerte
Padre:			
Madre:			
Hermanos:			
Abuelos Paternos:			
Abuelos Maternos:			
Esposo:			
Niños:			

Fecha de Hoy: _____

Nombre: _____

Fecha: _____

Por favor marque las casillas que son los problemas actuales que le gustaría discutir con el médico. Esta ficha es confidencial y es información privada entre usted y su médico. Los nuevos pacientes deben llenar por completo. Si se trata de una condición pasada, indique la fecha junto al problema.

Hábitos

- Fuma cigarrillos, tabaco sin humo
- Más de 2 bebidas alcohólicas al día
- Consumido drogas recreativas
- No haga ejercicio regularmente

Nutrición

- Al igual que los alimentos de sal y salados
- Aumento de peso / pérdida de más de 15 libras en el pasado un año
- Come regularmente comidas rápidas, las tortas, las galletas
- ¿Le gustaría ayudar con la dieta?

La sangre y del sistema linfático

- Infecciones frecuentes
- ¿Ha tenido una transfusión de sangre?
- ¿Tiene anemia?
- Los tumores en el cuello, las axilas o la ingle
- Piel, uñas, pelo y
- Caída del cabello
- Cambio de uñas
- Excesiva comezón
- Piel Seca
- Erupción
- Anormales dolor / mol / crecimiento
- Cambio de moles (en color o forma)
- Marcas de nacimiento no deseado
- Insólito o crecimiento excesivo de vello
- El acné

Tetas

- Secreción / sangrado
- Hoyuelos
- Dolor
- Cambio en el tamaño
- Bultos
- Antecedentes familiares de cáncer de mama

Sexualidad

- Tener control de la natalidad necesidades
- Gustaría discutir problemas sexuales
- Preocupado acerca de la sexualidad o el VIH pasado

Jefe

- ¿Ha tenido un trauma craneoencefálico grave?
- ¿Ha tenido dolores de cabeza severos?
- Sinusitis
- Alergias
- Pérdida visual
- Doble visión
- La pérdida de audición
- Voz ronca
- Zumbido en los oídos
- Las hemorragias nasales frecuentes
- Labios / Goma / Llagas en la boca

El cuello

- Rigidez
- Masas

Lungs

- Obtener demasiado sueño mientras conduce
- Los primeros dolores de cabeza por la mañana
- Los coágulos de sangre
- Asma
- Ronca voz alta por la noche
- Enfisema / EPOC
- La tuberculosis o la exposición a la tuberculosis
- Tos con sangre
- Dificultad para respirar
- El dolor con la respiración

Cardiovasculares

- Despierta en la noche sin aliento
- Niveles altos de colesterol
- Ataque del corazón
- presión en el pecho, dolor u opresión en el
- latido del corazón irregular
- Falta de aliento en el esfuerzo
- No puedo dormir plana
- Orinar más de una vez después de la hora de dormir
- Hinchon los tobillos
- La presión arterial alta
- ¿Sus pies se enfrían con facilidad?

Neurológicos / Trastornos musculoesqueléticos

- La pérdida de la conciencia
- Pérdida de la memoria / olvido
- Confusión
- Accidente cerebrovascular
- Entumecimiento u hormigueo _____ (ubicación)
- Mareos
- Dolor de espalda _____
- Otros Dolor _____

Prevención del Año de la última:

- Papanicolau _____
- Examen de los senos _____
- Mamografía _____
- Examen rectal digital _____
- Prueba de sangre en las heces _____
- La sigmoidoscopia _____
- Colonoscopia _____
- Prueba de densidad ósea _____
- Prueba cutánea de la TB _____
- La inmunización contra el tétanos _____
- Vacuna contra la gripe _____
- H1N1
- Vacuna contra la neumonía _____
- PSA próstata sangre _____
- Prueba de colesterol _____
- ¿Toma una aspirina todos los días?
- Examen Dental _____
- Examen de visión _____
- Audiencia de prueba _____

Gastrointestinal

- Pérdida del apetito
- Dificultad para deglutir
- Reflujo Ácido
- Acidez estomacal o indigestión
- Intolerancia alimentaria
- Náuseas o vómitos
- Vómitos de sangre
- Úlceras
- Dolor abdominal
- Hepatitis / enfermedad hepática / ictericia
- Enfermedad de la vesícula biliar
- Pancreatitis
- El estreñimiento
- Diarrea
- Sangre en las heces
- Negro deposiciones / rayas Negro alquitrán en las heces
- Antecedentes familiares de pólipos en el colon
- Antecedentes familiares de cáncer de colon
- Dolor rectal
- Hemorroides
- La incontinencia de heces

Genitourinario

- Cálculos renales
 - Ardor al orinar
 - Frecuencia o urgencia urinaria
 - Sangre en la orina
 - Dificultad para iniciar la orina
 - Infertilidad
 - La incontinencia de orina / Fugas
- MACHO**
- La impotencia, problemas eyaculatorios
 - Escrotal / testículo masa o la ampliación
 - Hernia
 - Problemas de la próstata
 - Antecedentes familiares de cáncer de próstata
 - Flujo de orina débil
 - lesión del pene / descarga / ETS
- FEMENINO**
- Sangrado después de la menopausia
 - Anormal de los períodos
 - Llagas / lesiones / enfermedades de transmisión sexual
 - El flujo vaginal / picazón
 - Dolor durante el coito
 - frotis de Papanicolaou anormal
 - Sofocos

Psiquiátricos

- Problemas del estado de ánimo
- Ansiedad
- Problemas de concentración
- Pensamientos suicidas
- ¿Necesitas asesoramiento

¿Hay algún otro problema médico no mencionados anteriormente que le gustaría discutir?: _____