



HISTORIA DE SALUD CONFIDENCIAL

NOMBRE _____

FECHA _____

MOTIVO DE LA VISITA DE HOY _____

EXAMEN DE LOS SÍNTOMAS / PROBLEMAS MÉDICOS ----- MARQUE LO QUE CORRESPONDA

<p>GENERAL</p> <input type="checkbox"/> CÁNCER <input type="checkbox"/> DIABETES <input type="checkbox"/> FATIGA <input type="checkbox"/> FIEBRE <input type="checkbox"/> VIH <input type="checkbox"/> CAMBIO DE PESO <input type="checkbox"/> OTROS _____ <p>EAR, NARIZ, GARGANTA</p> <input type="checkbox"/> BALANCE DISTURBIO <input type="checkbox"/> MAREO <input type="checkbox"/> INFECCIÓN DEL OÍDO <input type="checkbox"/> DOLOR DEL OÍDO <input type="checkbox"/> PÉRDIDA AUDITIVA <input type="checkbox"/> ZUMBIDO EN LOS OÍDOS <input type="checkbox"/> INCAPACIDAD PARA OLER <input type="checkbox"/> CONGESTIÓN NASAL <input type="checkbox"/> SECRECIÓN NASAL <input type="checkbox"/> SANGRADO POR LA NARIZ <input type="checkbox"/> DOLOR DE CABEZA SINUSAL <input type="checkbox"/> PROBLEMAS SINUSALES <input type="checkbox"/> RONQUIDO <input type="checkbox"/> DOLOR DE GARGANTA <input type="checkbox"/> DIFICULTAD PARA TRAGAR <input type="checkbox"/> RONQUERA <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD DE LA TIROIDES <input type="checkbox"/> OTROS _____	<p>OJO</p> <input type="checkbox"/> CATARATA <input type="checkbox"/> GLAUCOMA <input type="checkbox"/> PÉRDIDA DE LA VISIÓN <input type="checkbox"/> OTROS _____ <p>CARDIOVASCULAR</p> <input type="checkbox"/> ARRITMIA <input type="checkbox"/> SOPLO CARDÍACO <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD VALVULAR CARDÍACA <input type="checkbox"/> ALTA PRESIÓN ARTERIAL <input type="checkbox"/> COLESTEROL ALTO <input type="checkbox"/> MARCAPASOS <input type="checkbox"/> ATAQUE CARDIACO PREVIO <input type="checkbox"/> HINCHAZÓN DE PIES <input type="checkbox"/> OTROS _____ <p>RESPIRATORIO</p> <input type="checkbox"/> ASMA <input type="checkbox"/> ESPUTO SANGUINOLENTO <input type="checkbox"/> BRONQUITIS <input type="checkbox"/> TOS <input type="checkbox"/> ENFISEMA <input type="checkbox"/> CÁNCER DE PULMÓN <input type="checkbox"/> NEUMONÍA <input type="checkbox"/> FALTA DE ALIENTO <input type="checkbox"/> APNEA DEL SUEÑO <input type="checkbox"/> OTROS _____	<p>GASTROINTESTINAL</p> <input type="checkbox"/> DOLOR ABDOMINAL <input type="checkbox"/> CÁNCER DE COLON <input type="checkbox"/> DIVERTICULITIS <input type="checkbox"/> GALL ENFERMEDAD DE LA VESÍCULA <input type="checkbox"/> HIATAL HERNIA <input type="checkbox"/> INDIGESTIÓN <input type="checkbox"/> INTESTINO IRRITABLE <input type="checkbox"/> ENFERMEDADES DEL HÍGADO <input type="checkbox"/> NÁUSEA <input type="checkbox"/> LA ESOFAGITIS POR REFLUJO <input type="checkbox"/> ÚLCERA O GASTRITIS <input type="checkbox"/> VÓMITO <input type="checkbox"/> VÓMITO CON SANGRE <input type="checkbox"/> OTROS _____ <p>MÚSCULO / ARTICULACIÓN & BONE & BONE</p> <input type="checkbox"/> ARTRITIS <input type="checkbox"/> DOLOR DE ESPALDA <input type="checkbox"/> BROKEN BONES <input type="checkbox"/> DOLOR DE CUELLO <input type="checkbox"/> OTROS _____ <p>PIEL</p> <input type="checkbox"/> CANCER DE PIEL <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD DE LA PIEL <input type="checkbox"/> OTROS _____	<p>GENITOURINARIO-OBSTETRA</p> <input type="checkbox"/> CÁLCULOS RENALES <input type="checkbox"/> INSUFICIENCIA RENAL <input type="checkbox"/> INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO <input type="checkbox"/> AGRANDAMIENTO DE LA PRÓSTATA (MALE) <input type="checkbox"/> CÁNCER DE PRÓSTATA (MALE) <input type="checkbox"/> EMBARAZADA (MUJER) <input type="checkbox"/> CÁNCER DE ÚTERO (MUJER) <input type="checkbox"/> CÁNCER DE CUELLO UTERINO (MUJER) <input type="checkbox"/> OTROS _____ <p>NEUROLÓGICA / PSIQUIÁTRICA</p> <input type="checkbox"/> DEPRESIÓN <input type="checkbox"/> DESORIENTACIÓN <input type="checkbox"/> DOLOR DE CABEZA <input type="checkbox"/> LESIONES EN LA CABEZA <input type="checkbox"/> PROBLEMA DE MEMORIA <input type="checkbox"/> PARKINSON <input type="checkbox"/> ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA <input type="checkbox"/> INCAUTACIÓN <input type="checkbox"/> ESTRÉS / ANSIEDAD <input type="checkbox"/> CARRERA <input type="checkbox"/> OTROS _____
---	---	--	--

¿USA PRODUCTOS DE TABACO?

___ PAQUETES DE CIGARRILLOS AL DÍA DURANTE ___ AÑOS

 FUMA CIGARRILLOS, PUROS O PIPA
 USO SIN HUMO DE TABACO
 DEJE DE FUMAR: AÑO ___
 NUNCA USADO DEL TABACO

¿BEBE ALCOHOL?

 NUNCA
 CASI NUNCA
 MODERADO
 MÁS DE DOS CADA DÍA

ALERGIAS MEDICAMENTOSAS

CIRUGÍA PREVIA / HOSPITALIZACIÓN (AÑO):

MEDICAMENTOS:

LA INFORMACIÓN ANTERIOR ES EXACTA AL MEJOR DE MI CONOCIMIENTO.

FIRMA DEL PACIENTE

FECHA

STEPHEN A. LANDERS, M.D.

FECHA