

**INSTITUTO DE MEDICINA GENERAL
HISTORIA CLÍNICA**

Identificación								
Apellido	Nombre	Segundo Nombre	No. Seguro Social	Cédula	Número de empleado			
			Dirección electrónica:					
Dirección: Calle		Ciudad	Provincia	Teléfono de casa				
				Celular				
Fecha de Nacimiento: día/mes/año: _____		Sexo Masculino: _____ Femenino: _____	Escolaridad: ___Primaria ___Secundaria ___Universitaria ___Post Grado ___Maestría ___Doctorado					
Edad: _____								
Nombre de la Compañía		Dirección del Empleador Calle		Provincia	División / Departamento			
		Ciudad						
Nombre de mi supervisor		Ocupación		Teléfono del trabajo: _____				
				Tipo de Sangre y Rh: _____				
Historial Médico Personal			Historial Médico					
<p>1. Medicamentos, drogas o vitaminas que ha tomado en las últimas dos semanas o indique si las toma regularmente.</p> <p>2. ¿En qué año recibió las siguientes vacunas?</p> <p>Tétano: _____ Rubéola: _____ BCG: _____ Hepatitis B: _____</p> <p>Fiebre Amarilla: _____ Hepatitis A: _____ Influenza H1N1 _____</p> <p>Otras que no mencionamos: _____ _____ _____</p> <p>3. ¿Ha estado ausente de su escuela o trabajo? (Si la respuesta es si, explique...)</p>			<p>1. Indique si ha tenido cualquiera de las siguientes condiciones médicas (marque la casilla con una X si es positivo)</p> <p><input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Hemorragia <input type="checkbox"/> Enfermedades de la Sangre <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Enfisema <input type="checkbox"/> Tuberculosis <input type="checkbox"/> Enfermedad Renal <input type="checkbox"/> Calculo Renal <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Enfermedad Hígado <input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> Calculo biliar <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Tumores</p> <p>Explique:</p> <p><input type="checkbox"/> Leucemia <input type="checkbox"/> Corazón <input type="checkbox"/> Alta Presión <input type="checkbox"/> Ataque al Corazón, explique:</p> <p><input type="checkbox"/> Pérdida de conocimiento <input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> Problemas con las articulaciones <input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> Edema de los pies / piernas <input type="checkbox"/> Problemas del Intestino /Ulceras <input type="checkbox"/> Problemas Psiquiátricos <input type="checkbox"/> Alcoholismo <input type="checkbox"/> Adicción a drogas.</p> <p>Explique:</p> <p><input type="checkbox"/> Alergia a Medicinas. Explique:</p> <p><input type="checkbox"/> Otros problemas médicos. Explique:</p> <p><input type="checkbox"/> Hospitalización, por cualquier razón. Explique:</p> <p><input type="checkbox"/> Algo más que quiere decir con asunto a su salud:</p>			<p>2. Indique si usted ha tenido cualquier de las siguientes cirugías o lesiones. Marque con una "X" la casilla que corresponda.</p> <p><input type="checkbox"/> Esplenectomía (extracción de bazo) <input type="checkbox"/> Ulceras/cirugía del estómago <input type="checkbox"/> Cirugía de cuello/pecho/espalda/ rodilla <input type="checkbox"/> Cirugía del recto/ intestino <input type="checkbox"/> Histerectomía/ cirugía de los ovarios <input type="checkbox"/> Vasectomía/ ligadura de los tubos <input type="checkbox"/> Reparación de hernia <input type="checkbox"/> Cirugía de la tiroides <input type="checkbox"/> Cirugía de la vesícula biliar <input type="checkbox"/> Cirugía por apendicitis <input type="checkbox"/> Cualquier costilla/hueso roto</p> <p>Explique:</p> <p><input type="checkbox"/> Otras cirugías o lesiones, incluso accidentes en motos, y accidentes en su trabajo. Explique:</p> <p><input type="checkbox"/> No he tenido ninguno de los problemas que están en esta lista</p>		

Revisión de Síntomas

¿Ha tenido Usted, alguno de los siguientes síntomas? Marque con una "X" la casilla que corresponda

<p style="text-align: center;">Neurológico/Psicológico</p> <p>Si No</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza frecuentes o severos</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dificultad para dormir</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ¿Problemas con su equilibrio, tiene mareos?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ¿Dificultad con su memoria o concentración?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tiene temblor en las manos</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas de los nervios</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ¿Está deprimido?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Parálisis en alguna parte de su cuerpo</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Epilepsia o crisis convulsiva</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tensión inusual en su vida de trabajo</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tensión inusual en su vida de su casa</p> <p style="text-align: center;">Gastrointestinal</p> <p>Si No</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ¿Dificultad tragando?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ¿Tiene usted dolores intestinales con frecuencia o indigestión crónica?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ¿Ha tenido cambio en la frecuencia de sus evacuaciones?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ¿Ha tenido diarrea persistente?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ¿Ha tenido evacuaciones negras, o con sangre?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ¿Ha tenido vómitos repetidos?</p> <p style="text-align: center;">Sistema Reproductivo Conteste si es mujer</p> <p>Si No</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ¿Sangra con frecuencia aparte del tiempo de su regla?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ¿Tiene dolor o problemas durante el tiempo de su período menstrual?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ¿Ha pasado por la menopausia?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ¿Su período menstrual, ha parado?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ¿Usted se examina los senos cada mes?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ¿Algo más? Indique: _____ _____</p> <p>¿Cuándo fue su último período? _____</p> <p>Hombres y Mujeres deben de contestar.</p> <p>¿Ha tratado de tener hijos durante más de un año, sin anticonceptivos y sin haber concebido?</p> <p><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Usted y su esposa (o)</p> <p>¿Han tenido un aborto espontáneo o un bebé nacido muerto? _____</p> <p>¿Cuándo? _____</p> <p>Si usted o su esposa(o) está embarazada, indique la fecha cuando se espera el nacimiento. _____</p>	<p style="text-align: center;">Cabeza, Ojos, Oídos, Nariz y Garganta</p> <p>Si No</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas con los senos</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Alergias, urticaria, o asma</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dificultad con sus ojos o la visión</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dificultad con sus oídos, tímpanos, o con su audífono</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas con su sentido del olor</p> <p style="text-align: center;">Genito-urinario</p> <p>Si No</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ¿Se levanta más de una vez en la noche para orinar?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Infección vías urinarias, secreción vaginal o del pene</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Molestia cuando orina</p> <p style="text-align: center;">Sistema Inmunológico</p> <p>Si No</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ¿Tiene nódulos hinchados en el cuello o axila, o en el área inguinal?</p> <p style="text-align: center;">Endocrinos</p> <p>Si No</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ¿Ha perdido peso o aumentado más de diez libras sin seguir una dieta?</p> <p style="text-align: center;">Sistema Muscular</p> <p>Si No</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ¿Tiene artritis o algún problema con sus articulaciones?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ¿Dificultad con su espina dorsal, o su espina cervical o su cuello?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ¿Tiene debilidad en sus músculos?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ¿Está cansado en exceso, más que lo usual?</p> <p style="text-align: center;">Sistema Cardiovascular y Respiratorio</p> <p>Si No</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tos en las últimas 2 semanas</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Falta de aire al caminar</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sensación de pecho apretado</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dolor en las piernas al caminar, correr.</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sensación de desmayo y sudoración luego de hacer ejercicios</p>	<p style="text-align: center;">Dermatológica</p> <p>Si No</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas de la piel</p> <p style="text-align: center;">Hematológica</p> <p>Si No</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tendencia a las hemorragias</p> <p style="text-align: center;">Evaluación del Sueño Indique con una "X" la casilla que corresponda.</p> <p>Si No</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ¿Usted ronca?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ¿Alguna vez su ronquido ha molestado a otra persona?</p> <p>¿Su ronquido es?</p> <p><input type="checkbox"/> Ligeramente más alto que su respiración</p> <p><input type="checkbox"/> Tan alto como su voz natural</p> <p><input type="checkbox"/> Más alto que su voz natural</p> <p><input type="checkbox"/> Se puede oír en cuartos adyacentes</p> <p>¿Con qué frecuencia usted ronca?</p> <p><input type="checkbox"/> Casi todas las noches</p> <p><input type="checkbox"/> 3 o 4 veces a la semana</p> <p><input type="checkbox"/> 1 a 2 veces a la semana</p> <p><input type="checkbox"/> 1 a 2 veces al mes</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca o casi nunca</p> <p style="text-align: center;">Enfermedades Ocupacionales</p> <p>Si No</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Piel</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Aparato Respiratorio</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Aparato Circulatorio</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Músculo Esquelético</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Visión</p> <p>Explique cualquier respuesta que indica "Si" en esta sección: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____</p>
<p>¿Cuál es la preocupación más importante de su salud?</p>		

Historia Médica Familiar

Por favor, indique si alguien en su familia tiene (madre, padre, hermanas, hermanos, o abuelos) alguna de las siguientes condiciones: Marque con una "X" la casilla que corresponda.

<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Alcoholismo
<input type="checkbox"/> Ataque del Corazón antes de 55 años	<input type="checkbox"/> Obesidad	<input type="checkbox"/> Defectos Congénito	<input type="checkbox"/> Presión Alta
<input type="checkbox"/> Colesterol Alto	<input type="checkbox"/> Desorden de la Sangre	<input type="checkbox"/> Problemas Emocionales/Psicológicos	<input type="checkbox"/> Problemas Desconocidos
<input type="checkbox"/> Derrame Cerebral	<input type="checkbox"/> Anemia		

1. Por favor, indique la siguiente información de su madre, padre, esposa(o), hermanos y hermanas (marque si es Hombre o Mujer y si son niños o niñas (indique si son adoptados y si son hombres o mujeres). Marque con una "X" la casilla que corresponde.

	Edad	Vive	Muerto	Hombres	Mujeres	Adoptados	Problemas de salud significativos
Madre							
Padre							
Esposo							
Hermanos/Hermanas							
Niños/Niñas							

Historia Social

1. Tabaquismo

Indique con una "X" la casilla que corresponda.

¿Hace un mes usted fumó?

Si No

Si fumaba ¿Aproximadamente, cuántos cigarrillos fumaba al día?

¿Ha fumado con frecuencia anteriormente?

Si No

Si fumaba regularmente, ¿a qué edad empezó?

Durante el tiempo que usted fumó, aproximadamente ¿cuántos cigarrillos fumaba al día?

1 a 10 11 a 20
 21 a 40 Más de 40

¿Durante cuántos años fumó?

Si dejó de fumar, ¿a qué edad lo dejó?

¿Alguna vez fumó cigarros o pipa regularmente?

Si No

¿Ha masticado hojas de tabaco?

Si No

2. Alcohol

Indique con una "X" la casilla que corresponda.

¿Usted toma bebidas alcohólicas regularmente? Si No

Bebida preferida _____

¿Desde cuándo ha tomado (edad)?

¿Cuántos vasos de licor toma por semana?

(1 cerveza = 12 onzas, 5 onzas de vino ó 1.5 onzas de otro licor).

0 a 2 3 a 7
 8 a 15 15 o más

Marque todo lo que aplica

Indique con una "X" la casilla que corresponda.

¿Tiene usted una dieta restringida?

(Si contesta si, explique) Si No

¿Cuántas veces a la semana practica ejercicios o actividades de alto impacto?

Menos de una vez Una vez
 2 a 3 4 a 6 7 o más

Por favor describir actividad.

¿En cual de estas aficiones participa usted? Marque con una "X" la casilla que corresponda.

<input type="checkbox"/> Cacería/Tiro al Blanco	<input type="checkbox"/> Mecánico de carros	<input type="checkbox"/> Volando avión	Participa usted en cualquier afición que es peligrosa? (Si dice que "Si", explique) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No _____ _____ _____
<input type="checkbox"/> Arte/Cerámica/Joyería	<input type="checkbox"/> Descolorando Muebles	<input type="checkbox"/> Revelando fotos	
<input type="checkbox"/> Motociclismo	<input type="checkbox"/> Soldadura	<input type="checkbox"/> Competencia de Barco/coche	
<input type="checkbox"/> Jardinería	<input type="checkbox"/> Música con volumen alto	<input type="checkbox"/> Otro:	
<input type="checkbox"/> Trabajador Madera/Metal	<input type="checkbox"/> Electrónica		

Firma: _____

Cédula: _____

Fecha: _____