

Si alguna vez a tenido algun un problema en el pasado con lo siguiente pro favor circule:					
I. Cabeza y Cuello			VIII. Musculos y Huesos		
Dolores de cabeza	SI	NO	Dolor chronico del cuello or espalda	SI	NO
Fiebre heno	SI	NO	Dolor y rigidez de las articulaciones	SI	NO
Cambio de vista recientemente	SI	NO	Calambres en piernas en las noche	SI	NO
Problema de audicion	SI	NO	Artritis reumatoide	SI	NO
Catarata	SI	NO	Gout	SI	NO
II. Pecho y Pulmones			IX. Neurologia		
Toz chronica	SI	NO	Debilidad, parálisis de un brazo o pierna	SI	NO
Asthma	SI	NO	Entumecimiento, hormigueo en un brazo o pierna	SI	NO
Embolia Polmunar	SI	NO	Mareos	SI	NO
Tuberculosis	SI	NO	Desmayo o convulsiones	SI	NO
Respircion corta que limita actividades	SI	NO	X. General		
Bajo cambio en ejercicios o trabajo	SI	NO	Diabetes	SI	NO
III. Corazon			Hipertensión	SI	NO
Ataque al corazon	SI	NO	Problemas de tiroideo	SI	NO
Cateterismo cardíaco	SI	NO	Anemia	SI	NO
Dolor al pecho, pression, apretrones	SI	NO	Cancer	SI	NO
Latido del corazon irregular	SI	NO	Perdida de peso	SI	NO
Falta de aire or toz mientras acostado	SI	NO	Aumento de peso	SI	NO
Pies o tobillos inchados	SI	NO	Sarpullido cronico de la piel	SI	NO
Orinacion mas de una ves en la noche	SI	NO	XI. Como se siente		
Dolor en los pies mientras camina	SI	NO	Batalla para quedarse dormise?	SI	NO
IV. Estomago y Intestinos			Batalla estarse dormido?	SI	NO
Nausea y vomito	SI	NO	Se siente demasiado cansado/a?	SI	NO
Indigestion o ardor de estomago	SI	NO	Esta tenso/a, nervioso/a, ansioso/a?	SI	NO
Pegamento de comida depues de comer	SI	NO	Se siente depremido/a?	SI	NO
Dolor abdominal o hinchazon	SI	NO	Batalla en concentrarse or recordar?	SI	NO
Ulceras del estomago	SI	NO	A sido tratado por un psiquiatra?	SI	NO
Jaundice, hepatitis, or problemas del igado	SI	NO	Vive su padre?	SI	NO
Cálculos biliares	SI	NO	Causa? Edad:		
Estreñimiento y Diarrea	SI	NO	Vive su madre?	SI	NO
Cambios en los intestinos	SI	NO	Cause? Edad:		
Moco y sangre en el excremento	SI	NO	Usa cinturón su de caro?	SI	NO
Heces negra	SI	NO	Hace ejercicio regularmente?	SI	NO
Colon espástico	SI	NO	Que ejercicio?	SI	NO
Diverticulitis	SI	NO	Usted fuma?	SI	NO
V. Genitourinario			Cuanto diariamente?	SI	NO
Ardor en orina	SI	NO	Alguna vez a fumado?	SI	NO
Pérdida de orina	SI	NO	Caunto? Cuando dejo de fumar?		
Cálculos renales	SI	NO	Consumo alcohol?	SI	NO
Dificultad con empesar orina	SI	NO	Cuanto diariamente? Por semana?		
VI. Solo Hombres			Nombre medicinas que toma normalmente. Las dosis, fortalezas y frecuencia		
Sensibles o hinchados testiculo	SI	NO			
Problema con erección	SI	NO	Nombre: Fecha de nacimiento:		
VII. Mujeres solamente					
Biopsia del seno	SI	NO			
Bulto en seno	SI	NO			
Sangre or descarga del seno	SI	NO			
Antecedentes familiares de cancer del seno	SI	NO			
Histerectomía	SI	NO			

Numero de hermanos vivos _____ Fallecidos _____ Causa de muerte _____

Numero de hermanas vivas _____ Fallecidas _____ Causa de muerte _____

Numero de hijos vivos _____ Fallecidos _____ Causa de muerte _____

Cirugías o hospitalizaciones:

1. _____ 2. _____

3. _____

Fecha de ultimo:

Rayo-X de pecho _____

Papanicolaou _____

Electrpicardiograma _____

Vacuna de Tetanos _____

Mammograma _____

Alergias a medicamentos:

1. _____ 2. _____ 3. _____

4. _____ 5. _____

Nombre su farmacia local _____

Numero de telefono _____

Firma de Doctor _____ Fecha _____

Nombre del Paciente _____

1. Usted ronca? Si o No

2. Esta demasiado cansado durante el dia? Si o No

3. Le an dicho que usted deja de respirar en la noche? Si o No

4. Tiene historia de hipertensión

5. Medida de su cuello >17 pulgadas(hombre) o >16 pulgadas (mujer)?