

CLIFTON COMPREHENSIVE MEDICAL CENTER

Historia Medica

Nombre: _____ Fecha: _____
Fecha de nacimiento: ____/____/____ Edad: _____ Sexo: _____
Como supo de nuestra oficina?

Cual es la razón de su cita?

Problemas Médico			
<i>Enfermedad</i>	<i>Cuando Comenzó</i>	<i>Enfermedad</i>	<i>Cuando Comenzó</i>

Past Surgical Procedures / Hospitalizations

<i>Operación/ Hospitalización</i>	<i>Mes/Ano</i>	<i>Operación / Hospitalización</i>	<i>Mes/ Año</i>

Médicos Previos

Alergias a medicamentos y comidas

<i>Medicación / Comida</i>	<i>Reacción</i>	<i>Medicación / Comida</i>	<i>Reacción</i>

Medicaciones, Vitaminos

<i>Medicación</i>	<i>Mg</i>	<i>Cuanto veces al dia</i>	<i>Medicacion</i>	<i>Mg</i>	<i>Cuanto Veces al dia</i>
<i>Por ejemplo: Tylenol</i>	<i>500 mg</i>	<i>1 - twice daily</i>			

Social, Educación e Historia Trabajo

Status Marital:	Que es la edad de sus niños?	
Estado del Trabajo (marque uno): Empleado/ Desempleados/ Retirado /Discapacitado	Ocupación:	Vive en un hogar de ancianos o centro de asistencia?
Mayor Nivel de Educación:	¿Cuáles son sus aficiones?	
¿Qué tipo de ejercicios no se realiza, la duración y la frecuencia?		
Bebe alcohol?	Qué tipo de alcohol?	Número de tragos por semana?
Es usted un fumador actual?	Si usted fuma, cuántos paquetes por día?	
Eres un ex fumador?	Si es así, en qué año dejó de fumar?	número de años que fumaba?
En promedio, cuánto fuma al día?		
Es usted sexualmente activa?	Cuántas parejas ha tenido durante los últimos 12 meses?	
Le preocupa que usted puede haber estado expuesto al VIH? Sí / No		

Historial de Salud Familiar

Relativo	Vivir o fallecido	Edad en la muerte, en su caso	Causa de muerte	Problemas de salud
Padre:				
Madre:				
Hermano (s):				
Hermana (s):				

Revisión de los Sistemas de

Por favor marque cualquiera de los siguientes síntomas que experimenta

Los problemas de visión	Sibilancia	Los tumores en mama	Micción frecuente	Hambre excesiva
Los problemas de audición	Asma / EPOC	Secreción de las mamas	Incontinencia	Sed excesiva
Sinus problemas	Enfisema	Dificultad para tragar	La sangre en la orina	Debilidad
Fiebre de heno	Bronquitis	Náusea	Historia de las enfermedades de transmisión sexual	Fatiga
Las hemorragias nasales	Exposición a la tuberculosis	Vómitos	Anemia	Fiebre / Sudoración
Dolor de garganta	Dolor de pecho	Dolor abdominal	Fácil aparición de moretones	Desmayo
Ronquera	Molestia en el pecho	Hepatitis / Ictericia	Dolor en las piernas	Convulsiones Temblor
Los tumores en el cuello	Dificultad para respirar	Los cálculos biliares	Dolor en las articulaciones / rigidez	Dolores de cabeza

Tooth problems	High blood pressure	Diarrhea	Blood clot	Numbness/tingling
Cough	Diabetes	Constipation	Weight loss / gain	Anxiety/Depression
Coughing blood	High cholesterol	Blood in stool	Heat/cold intolerance	Difficulty sleeping

Prevención y Mantenimiento de la Salud

	<i>Mes / año</i>		<i>Mes / año</i>		<i>Mes / Año</i>
Vacuna contra la gripe		Mamografía		Examen de la vista	
Vacuna contra la neumonía		Papanicolaou		Cateterismo Cardíaco	
<i>Vacuna contra el tétanos</i>		Colonoscopia		Prueba de esfuerzo del corazón	
Vacuna contra la culebrilla		La densidad ósea		Prueba del VIH	