



Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Fecha de la cita: \_\_\_\_\_

**HISTORIA CLÍNICA**

REV. 11/18/2011

**Medicamentos que toma actualmente** Escriba los nombres de todos los medicamentos que toma actualmente, incluyendo las vitaminas, los suplementos a base de hierbas y los medicamentos de venta sin receta. Si no tiene suficiente espacio, adjunte una hoja separada.

Medicamento	Indicación	Dosis	Frecuencia con que lo toma	Fecha de inicio

**Alergias** Indique las alergias médicas o ambientales que padece.

\_\_\_\_\_  Ninguna

**Análisis clínicos y diagnóstico por imágenes** Indique los análisis clínicos o estudios de diagnóstico por imágenes recientes que se haya hecho fuera de nuestro consultorio, así como el lugar en donde podemos solicitar los resultados, si fuera necesario.

\_\_\_\_\_  Ninguna

**Historia clínica** Marque todas las enfermedades o condiciones que sabe que tiene o que ha tenido en el pasado.

- Cardiovascular:**  Fibrilación atrial  Ataque cardíaco  Accidente cerebrovascular  Trombosis venosa profunda  
 Presión arterial alta  Insuficiencia cardíaca congestiva  Ataque isquémico transitorio (AIT)
- Endocrino:**  Diabetes  Gota  Hipertiroidismo  Hipotiroidismo
- General:**  Hepatitis  Colesterol elevado  SIDA
- Gastrointestinal:**  Enfermedad de Crohn  Diverticulitis  Pancreatitis  Enfermedad inflamatoria intestinal  
 Colitis ulcerosa
- Genitourinario:**  Cáncer de vejiga  Próstata agrandada  Insuficiencia renal  Hematuria (sangre en la orina)  
 Salida involuntaria de orina  Cáncer de riñón  Cálculos renales (piedras)  
 Retención urinaria  Antígeno prostático específico (PSA) elevado  Disfunción eréctil  Cáncer testicular  
 Infecciones en el tracto urinario  Cistitis intersticial  Cáncer de próstata  Testosterona baja
- Ojos, oídos:**  Ceguera  Cataratas  Glaucoma  Sordera
- Reumatología:**  Artritis reumatoide  Fibromialgia  Síndrome de Sjogren  Lupus  Inmunosupresión
- Neurológico:**  Alzheimer  Trastorno bipolar  Depresión  Migrañas  Esclerosis múltiple  
 Convulsiones  Parkinson
- Respiratorio:**  Asma  Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica  Enfisema  Tuberculosis  
 Embolia pulmonar
- Cáncer:**  Seno (mama)  Colon  Leucemia  Pulmón  Linfoma  
 Rectal  Otro \_\_\_\_\_
- Tratamiento del cáncer:**  Cirugía  Quimioterapia  Radiación  Otro \_\_\_\_\_

Indique cualquier otro problema médico que no se haya incluido en la lista anterior \_\_\_\_\_

## Historia de cirugías

Marque las cirugías a las que se haya sometido.

- Cardiovascular:**  Angioplastia  Arteria carótida  Stent en el corazón  Bypass de la arteria coronaria  
 Marcapasos  Reemplazo de válvula cardíaca
- General/Gastrointestinal:**  Reparación de hernia  Apendicectomía  Cirugía del colon  Colectomía
- Genitourinario:**  Estenosis uretra  Biopsia de próstata  Suspensión de cuello de la vejiga  
 Terapia de ondas acústicas para cálculos renales (ESWL)  Vasectomía  
 Extirpación de testículo  Cirugía para próstata agrandada (Resección transuretral de la próstata)  
 Cirugía de riñón  Cirugía para extirpar el riñón
- Fecha del (de los) procedimiento(s) \_\_\_\_\_
- Ortopédico:**  Reemplazo de cadera  Reemplazo de rodilla  Cirugía de la espalda  Artroscopia de rodilla  Cirugía de hombro
- Ginecológico:**  Extracción de útero  Extracción de ovarios  Ligadura de trompas \_\_\_ Núm. de embarazos  
\_\_\_ Núm. de nacimientos \_\_\_ Núm. de partos vaginales \_\_\_ Núm. de cesáreas \_\_\_ Edad de la menopausia

Indique cualquier otra cirugía que no se haya incluido y las fechas \_\_\_\_\_

## Historia social

Marque la respuesta que mejor le describe a usted.

- Estado civil:**  Casado  Soltero  Viudo  Separado/Divorciado  En pareja
- Nivel de educación máximo:**  Preparatoria  Vocacional/Técnica  Universidad  Posgrado
- Trabajo:**  Tiempo completo  Medio tiempo  Estudiante  Jubilado  Otro \_\_\_\_\_
- Consumo alcohol:**  No  Sí: Bebidas por día \_\_\_\_\_ por semana \_\_\_\_\_ por mes \_\_\_\_\_
- Fuma/Consumo tabaco:**  No  Consumía tabaco antes: Fecha en que dejó \_\_\_\_\_  Consume tabaco: Cajetillas/Cigarrillos por día \_\_\_\_\_

## Historia familiar

Marque las enfermedades y afecciones que sus familiares biológicos hayan tenido.

- Cáncer:**  Madre  Padre  Hermano  Hermana  Abuelo/Abuela
- Enfermedad cardíaca:**  Madre  Padre  Hermano  Hermana  Abuelo/Abuela
- Presión arterial alta:**  Madre  Padre  Hermano  Hermana  Abuelo/Abuela
- Accidente cerebrovascular:**  Madre  Padre  Hermano  Hermana  Abuelo/Abuela
- Diabetes:**  Madre  Padre  Hermano  Hermana  Abuelo/Abuela
- Cálculos renales:**  Madre  Padre  Hermano  Hermana  Abuelo/Abuela
- Próstata agrandada:**  Padre  Hermano  Abuelo/Abuela
- Cáncer de próstata:**  Padre  Hermano  Abuelo/Abuela

Otros antecedentes familiares que no se hayan incluido en la lista anterior \_\_\_\_\_

## Síntomas médicos

Marque los síntomas que está padeciendo actualmente.

- Generales:**  Ninguno  Resfrío  Fiebre  Pérdida de peso  Aumento de peso
- Ojos:**  Ninguno  Visión borrosa  Visión doble
- Padece alergias:**  Ninguno  A medicamentos  A la comida  Estacionales
- Neurológicos:**  Ninguno  Mareos  Dolor de cabeza
- Gastrointestinales:**  Ninguno  Estreñimiento  Diarrea  Acidez estomacal
- Músculos y articulaciones:**  Ninguno  Artritis  Calambres  Dolor en las articulaciones
- Respiratorios:**  Ninguno  Dificultad respiratoria  Resuello  Tos con secreción
- Hematológicos:**  Ninguno  Anemia  Sangrado  Glándula inflamada