



Nombre: _____

Fecha: _____

Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____ Estatura: _____ Peso: _____

MOTIVO PRINCIPAL DE CONSULTA

¿Por qué visita hoy al médico? _____

¿Le han tratado este problema antes? Sí No

Fecha de la lesión/Aparición del problema _____

El problema actual es resultado de: *Marque todas las que correspondan:*

Accidente automovilístico Accidente en el trabajo Otro (*especifique*) _____

HISTORIA CLÍNICA

¿Recibe usted tratamiento en la actualidad, o ha recibido tratamiento antes, para alguna de las siguientes afecciones?

- | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|-----------------------------------|--|---|--|---|---|---|---|---|---|--|---|--|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Defectos congénitos | <input type="checkbox"/> Problemas de la vejiga | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Problemas de la vesícula | <input type="checkbox"/> Gota | <input type="checkbox"/> Enfermedades del corazón | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Problemas de los riñones | <input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado | <input type="checkbox"/> Problemas de los pulmones | <input type="checkbox"/> Flebitis | <input type="checkbox"/> Infección de MRSA/estafilococos | <input type="checkbox"/> Embolia pulmonar | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática | <input type="checkbox"/> Enfermedad de transmisión sexual | <input type="checkbox"/> Derrame cerebral/ataque isquémico transitorio |
| <input type="checkbox"/> Sangrado o moretones | <input type="checkbox"/> Tipo de cáncer _____ | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Trombosis profunda/coágulos de sangre | <input type="checkbox"/> VIH/SIDA | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> Colesterol alto | <input type="checkbox"/> Problemas intestinales | <input type="checkbox"/> Osteoporosis | <input type="checkbox"/> Enfermedad vascular periférica | <input type="checkbox"/> Poliomielitis | <input type="checkbox"/> Problemas psicológicos | <input type="checkbox"/> Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Problemas de la tiroides | <input type="checkbox"/> Tipo de úlcera _____ | | | | |

¿Hay otros trastornos de los que debemos estar informados? _____

¿Es usted derecho o zurdo? Derecho Zurdo ¿Hace ejercicio o practica algún deporte con regularidad? Sí No

¿Está o podría estar embarazada? Sí No Tipo y frecuencia: _____

MEDICAMENTOS *Escriba aquí todos los medicamentos que toma, con o sin receta (use una hoja adicional si es necesario)*

Nombre del medicamento	Dosis / cantidad por día	Motivos por los que lo toma

ALERGIAS *Describe sus reacciones alérgicas actuales y anteriores*

Alergia a (medicamento)	Reacción (comezón, tos, urticaria, etc.)	¿Cómo se ha tratado/se trata la reacción?

NO TENGO alergias a medicamentos

CIRUGÍAS Y HOSPITALIZACIONES

- Artroscopía _____ Año _____ Médico _____ ¿Complicación? _____
- Reemplazo de articulación _____ Año _____ Médico _____ ¿Complicación? _____
- Reconstrucción de hueso o articulación _____ Año _____ Médico _____ ¿Complicación? _____
- Cirugía de la columna _____ Año _____ Médico _____ ¿Complicación? _____
- Otro tipo de cirugía _____ Año _____ Médico _____ ¿Complicación? _____
- _____ Año _____ Médico _____ ¿Complicación? _____

Otras hospitalizaciones _____ Año _____ Médico _____ ¿Complicación? _____

NO HE TENIDO cirugías ni hospitalizaciones

Ver al dorso →

ANTECEDENTES FAMILIARES

¿A su madre, padre, abuelos, hermanos(as) le han tratado actual o anteriormente alguna de las siguientes afecciones?

- | | | | |
|---|---|---|------------|
| Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Otra _____ |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de Alzheimer | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Osteoporosis | |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Gota | <input type="checkbox"/> Derrame cerebral | _____ |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Enfermedades del corazón | <input type="checkbox"/> Muerte súbita | _____ |

ANTECEDENTES SOCIALES

- ¿Fuma usted o mastica tabaco? Sí No Cantidad: _____ paquetes por día durante _____ años
- ¿Consumo bebidas alcohólicas? Sí No Cantidad y frecuencia: _____
- ¿Usa drogas con fines recreativos? Sí No Tipo y frecuencia: _____

ANAMNESIS SISTEMÁTICA Entre los siguientes síntomas, marque los que haya tenido con regularidad:

GENERALES

- Fiebre
- Cambio de peso
- Problemas hormonales
- Otro _____
- NINGUNO

CARDIOVASCULARES

- Dolor en el pecho
- Palpitaciones
- Líquido/hinchazón en las extremidades
- Otro _____
- NINGUNO

RIÑÓN/VEJIGA

- Dolor al orinar
- Orina frecuente
- Incontinencia
- Otro _____
- NINGUNO

OJOS

- Gafas/lentes de contacto
- Cataratas
- Glaucoma
- Otro _____
- NINGUNO

RESPIRATORIOS

- Falta de aliento
- Apnea del sueño
- Sibilancias
- Otro _____
- NINGUNO

OÍDOS, NARIZ, GARGANTA GASTROINTESTINALES

- Dificultad para tragar
- Dolor de oídos
- Alergias estacionales
- Dificultades con la audición
- Otro _____
- NINGUNO

- Acidez
- Diarrea/estreñimiento
- Dolor abdominal
- Náuseas/vómitos
- Otro _____
- NINGUNO

PIEL

- Sarpullido
- Bultos o tumores
- Otro _____
- NINGUNO

HEMATOLÓGICOS/LINFÁTICOS

- Anemia
- Problemas de la sangre
- Trastorno de la coagulación
- Problemas linfáticos
- Otro _____
- NINGUNO



NEUROLÓGICOS

- Dolores de cabeza
- Entumecimiento
- Hormigueo
- Convulsiones
- Debilidad
- Otro _____
- NINGUNO

PSICOLÓGICOS

- Ansiedad
- Depresión
- Cambios en el estado de ánimo
- Otro _____
- NINGUNO

Escala del dolor - Si tiene dolor, califique la intensidad del dolor en una escala del 1 al 10.

Sin dolor 0 	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Dolor extremo 10 
--	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	---

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

Firma del paciente: _____

Fecha: _____

Revisado por: _____

Fecha: _____