

Nombre del paciente: _____
Fecha: _____

Fecha de nacimiento: _____

1.Cuál es el motivo de la visita de hoy?

2. Por favor ponga una marca al lado de cualquier síntoma que tenga relacionado con su visita de hoy.

| Constitucional | | Ojos | | Gastrointestinal | | Endocrinología, Hematología, Alergia | |
|---------------------------------------|--|--|--|--------------------------------|---------------------------|--------------------------------------|---------------------|
| Fiebre | | Visión borrosa | | Agruras | | Le salen moretones con facilidad | |
| Escalofríos | | Visión doble | | Náusea | | Alergias ambientales | |
| Pérdida de peso | | Dolor provocado por luz (fotofobia) | | Vómitos | | Sed excesiva | |
| Fatiga (malestar) | | | Dolor de ojo | | Dolor abdominal | | Neurológico |
| Sudoración excesiva (Diaforesis) | | Secreción del ojo | | Estreñimiento | | Mareos | |
| Debilidad | | Enrojecimiento del ojo | | Sangre en las heces | | Hormigueo | |
| Piel | | Cardiovascular | | Heces negras (Melena) | | Temblores | |
| Salpullido | | Dolor de pecho | | Genitourinario | | Cambios sensoriales | |
| Comazón | | Palpitaciones | | | Dolor al orinar (disuria) | | Cambio del habla |
| Cabeza, Oídos, Nariz, Garganta | | Falta de aliento al acostarse boca arriba (Ortopnea) | | Urgencia para orinar | | Debilidad focal | |
| Dolores de cabeza | | | Dolor en las piernas al caminar (Claudicación) | | Orina con frecuencia | | Convulsiones |
| Pérdida de audición | | Hinchazón de las piernas | | Sangre en la orina (Hematuria) | | Pérdida del conocimiento | |
| Tintineo en los oídos (Tinnitus) | | | Falta repentina de aliento al dormir | | Musculoeskeletal | | Psiquiátrico |
| Dolor de oído | | | | Dolor de costado | | | Depresión |
| Secreción del oído | | | | Dolor de músculos (Mialgia) | | Ideas de suicidio | |
| Sangrado de nariz | | | | | Dolor de cuello | | Abuso de sustancias |
| Congestión | | Respiratorio | | Dolor de espalda | | Alucinaciones | |
| Sónido chillón al respirar (Stridor) | | Tos | | Dolor de articulaciones | | Nerviosismo/ansiedad | |
| Dolor de garganta | | Tos con sangre (Hemoptisis) | | Caídas | | Insomnio | |
| | | Producción de esputo | | | | Pérdida de memoria | |
| | | Falta de aliento | | | | | |
| | | Respiración sibilante | | | | | |

3. Por favor escriba los nombres de los medicamentos que le gustaría renovar:

4. Por favor escriba cualquier remisión a otro proveedor que necesite

ALLERGIAS A MEDICAMENTOS Y TODAS OTRAS SUSTANCIAS

Por favor liste todas las alergias, reacciones adversas, o efectos secundarios que ha tenido a medicamentos:

MEDIAMENTOS ACTUALES

| NOMBRE | Potencia | Dosis | Razon |
|--------|----------|-------|-------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

ANTECEDENTES ACTUALES

| | | | | | | | | | | | |
|-------------------------|----|----|---|----|----|-------------------------------------|----|----|---------------------------------|----|----|
| Enf. De Addison | Si | No | Insufencia cardiaca | Si | No | Dolor de cabeza | Si | No | Transtorno de nervios/musculos | Si | No |
| Trantorno adrenal | Si | No | Transtorno de coagulacion | Si | No | Ataque de corazon | Si | No | Osteoporosis | Si | No |
| Alergias | Si | No | Enfermedad pulmonar obstructiva cronica | Si | No | Sopio cardiaco | Si | No | Enfermedad de las pituitaria | Si | No |
| Anemia | Si | No | Sindrome de Cushing | Si | No | VIH / SIDA | Si | No | Convulsiones | Si | No |
| Ansiedad | Si | No | Depresion | Si | No | Hiperlipidemia | Si | No | Celula falciforme | Si | No |
| Arritmia | Si | No | Diabetes Mellitus | Si | No | Transtorno de giandula paratiroides | Si | No | Derrame cerebral | Si | No |
| Artritis | Si | No | Neuropatia diabetica | Si | No | Hipertension | Si | No | Abuso de sustancias | Si | No |
| Asma | Si | No | Enfisema | Si | No | Enfermedad inflamatoria intestinal | Si | No | Enfermedad de la tiroides | Si | No |
| Transfusiones de sangre | Si | No | Reflujo gastroesofagico | Si | No | Enfermedad renal | Si | No | Tuberculosis | Si | No |
| Cancer | Si | No | Glaucoma | Si | No | Meningitis | Si | No | Ulcera | Si | No |
| Cataratas | Si | No | Gota | Si | No | Migrana | Si | No | Infecciones del tracto urinario | Si | No |

ANTECEDENTES QUIRURGGICOS

| | | | | | | | | | | | |
|--|----|----|------------------------------|----|----|---------------------------|----|----|-------|----|----|
| Cirugia abdominal | Si | No | Colecistectomia | Si | No | Histerectomia | Si | No | Otro: | Si | No |
| Apendicectomia | Si | No | Cirugia del intestino grueso | Si | No | reemplazo de articulacion | Si | No | Otro: | Si | No |
| Cirugia cerebral | Si | No | Cesaria | Si | No | cirugia de la columna | Si | No | Otro: | Si | No |
| Cirugia de senos | Si | No | Cirugia del ojo | Si | No | cirugia de la intestino | Si | No | Otro: | Si | No |
| Cirugia de derivacion arterial coronaria | Si | No | Cirugia de fractura | Si | No | Ligadura de trompas | Si | No | Otro: | Si | No |
| Reemplazo de valvula cardiaca | Si | No | Reparacion de hernia | Si | No | Otro: | Si | No | Otro: | Si | No |

Nombre del/de la paciente:

Fecha de nacimiento:

HISTORIAL FAMILIAR

Indique con una palomita debajo de cada enfermedad que corresponde a cada pariente.

Agregue todas las enfermedades o parientes adicionales, según corresponda, a la sección "Agregar":

| Parentesco | ¿La persona está viva? | | Edad al morir | Artritis | Enfermedad pulmonar | Genética | Cáncer | Psiquiatría | Diabetes | Enfermedad cardíaca | Hipertensión | Hiperlipidemia | Apoplejía | Alcohol/Drogas | Agregar: | Agregar: |
|----------------|------------------------|----|---------------|----------|---------------------|----------|--------|-------------|----------|---------------------|--------------|----------------|-----------|----------------|----------|----------|
| | Sí | No | | | | | | | | | | | | | | |
| Madre | Sí | No | | | | | | | | | | | | | | |
| Padre | Sí | No | | | | | | | | | | | | | | |
| Hermana | Sí | No | | | | | | | | | | | | | | |
| Hermano | Sí | No | | | | | | | | | | | | | | |
| Tía materna | Sí | No | | | | | | | | | | | | | | |
| Tío materno | Sí | No | | | | | | | | | | | | | | |
| Tía paterna | Sí | No | | | | | | | | | | | | | | |
| Tío paterno | Sí | No | | | | | | | | | | | | | | |
| Abuela materna | Sí | No | | | | | | | | | | | | | | |
| Abuelo materno | Sí | No | | | | | | | | | | | | | | |
| Abuela paterna | Sí | No | | | | | | | | | | | | | | |
| Abuelo paterno | Sí | No | | | | | | | | | | | | | | |
| Agregar: | Sí | No | | | | | | | | | | | | | | |
| Agregar: | Sí | No | | | | | | | | | | | | | | |
| Agregar: | Sí | No | | | | | | | | | | | | | | |
| Agregar: | Sí | No | | | | | | | | | | | | | | |

HISTORIAL PRENATAL

¿Embarazos previos de la madre natural, abortos espontáneos o complicaciones? **Sí No**

Si la respuesta es afirmativa, explique: _____

Edad de la madre al nacimiento del hijo o de la hija: _____

Salud de la madre durante el embarazo:

| | | | | |
|------------|--------------|-------------------------------------|-----------------------|----------|
| Sangrado | Náuseas | Trauma físico o emocional | Medicamentos | Diabetes |
| Enfermedad | Hipertensión | Cigarrillos, alcohol, uso de drogas | Problemas de tiroides | |

HISTORIAL SOCIAL

Indique el número de personas y el parentesco de las personas que viven en el hogar: _____

¿Está su niño/a expuesto al humo de segunda mano? _____

Indique el número y tipo de mascotas: _____

¿Existe algún historial de abuso sexual, mental/emocional, físico? _____

Si es así, ¿a qué edad y quién fue? _____

Patrones de sueño del niño/a: Edad en que se sentó: _____ Gateó: _____ Caminó: _____ Habló: _____

DIETA

Describa la dieta diaria típica de su hijo/a:

Desayuno: _____ Almuerzo: _____

Refrigerios: _____ Cena: _____ Bedidas: _____

Intolerancias de alimentos:

Lactancia: S / N Si es que sí; indicar tiempo: _____ Fórmula: Sí / No Tipo: _____

Edad que comenzó con sólidos: _____ Qué alimentos: _____

Nombre del/de la paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

VACUNAS

Indique si su hijo/a recibió alguna de las siguientes vacunas y las fechas de administración.

Presente una copia del registro de vacunas de su hijo/a.

| | Primera | Segunda | Tercera | Cuarta | Quinta | | |
|--|---------|---------|---------|--------|--------|----|----|
| (Polio) OPVo IPV | | | | | | No | SÍ |
| (Difteria, tétano y tos ferina) DtaP/DTP/DT/Td | | | | | | No | SÍ |
| (Sarampión, paperas, rubeola)/ MMR | | | | | | No | SÍ |
| (Haemophilus Influenzae B)/ MENINGITIS HIB | | | | | | No | SÍ |
| HEPATITIS B | | | | | | No | SÍ |
| HEPATITIS A | | | | | | No | SÍ |
| VARICELA | | | | | | No | SÍ |
| (Tuberculosis)/ TB | | | | | | No | SÍ |
| (Virus Papiloma Humana)/ HPV | | | | | | No | SÍ |
| (Influenza)/ FLU | | | | | | No | SÍ |
| (Neumocócica)/ PCV | | | | | | No | SÍ |
| (Meningococcal)/ MCV | | | | | | No | SÍ |
| Rotavirus | | | | | | No | SÍ |

¿Ha experimentado su hijo/a algún efecto adverso a alguna vacuna? Si es así, explique:

HISTORIAL DEL PARTO

Al nacer su bebé midió: _____ Al nacer su bebé pesó: _____

Tipo de parto: Prematuro A Tiempo Tardío

Hospital donde nació su hijo/a : _____ Duración del parto: _____

¿Experimentó su bebé alguno de estos problemas después del parto?

(Poner un círculo donde corresponda)

Sarpullido

Lesiones del parto

Parálisis cerebral

Ictericia

Convulsiones

Defectos de nacimiento

Cólicos

Fiebre

De nalgas

Bebé azul

Otros: _____