

Formulario de Actualización Anual/Paciente Nuevo

(Historia Clínica/Revisión de Sistemas)

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Estatura: _____ Peso: _____ Diestro: _____ Zurdo: _____

Médico de Atención Primaria: _____ Médico referente: _____

Farmacia: _____

Género: _____ Lenguaje primario: _____

¿Por qué estás aquí hoy? _____

¿Fue esto un: Accidente automovilístico? ¿Lesión laboral? En caso afirmativo, ¿hay un reclamo abierto? Sí No

Marque y proporcione la fecha en que se administró la vacuna:

Vacunación antineumocócica (mayores de 65 años): Sí No, Fecha: _____

Vacuna contra la influenza (todas las edades): Sí No, Fecha: _____

Vacuna COVIDe Sí No, Fecha: _____

Historial médico: Marque SOLO los problemas médicos que tiene Si no hay problemas médicos, NINGUNO: _____

<input type="checkbox"/> Arthritis	<input type="checkbox"/> Presión arterial alta	<input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroides	<input type="checkbox"/> Cálculos renales	<input type="checkbox"/> H.I.V.
<input type="checkbox"/> Enfisema/EPOC	<input type="checkbox"/> Tratamiento para la adicción	<input type="checkbox"/> Úlcera	<input type="checkbox"/> Sobre peso	<input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Osteoporosis/Osteopenia	<input type="checkbox"/> Enfermedad de próstata	<input type="checkbox"/> Coágulos de sangre	<input type="checkbox"/> Asma
<input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón	<input type="checkbox"/> Arrhythmia del corazón	<input type="checkbox"/> Ataque de corazón	<input type="checkbox"/> Multi. Esclerosis	<input type="checkbox"/> Cáncer
<input type="checkbox"/> Otros _____				

Medicamentos y dosis actuales: _____

Alergias médicas: Ninguna, o _____

Otras alergias: Ninguna, o _____

Accidentes/Lesiones: Ninguno, o _____

Cirugía Previa: Ninguna, o _____

Dispositivos adaptativos: Ninguno, o _____

Antecedentes Familiares: Problemas Médicos de los Miembros de la Familia: _____

Padre: Vivo Fallecido, Causa: _____ Madre: Vivo Fallecido, Causa: _____

Número de hijos: _____ Número de hermanos/hermanas: _____

(Por favor, complete el lado dos)

Historia social:

Raza/Etnia: _____ **Prefiero no responder**

Vive con: _____

Estado Civil: _____

Nivel de Educación: _____

Ocupación: _____

Hábitos personales: ¿Fumas? ___ None, o Cuántos por día _____
___ Deja de fumar, Hace cuántos años _____

¿Con qué frecuencia toma bebidas que contienen alcohol? ___ Ninguno, or _____

Uso de drogas recreativas: ___ Ninguno, o _____

Ejercicio: ___ Ninguno, ___ Una vez al mes, ___ Una vez a la semana, ___ Pocas veces a la semana, ___ Diariamente

Revisión de sistemas: Por favor califique su salud general: ___ Excelente, ___ Buena, ___ Regular, ___ Pobre

¿Tiene alguno de los siguientes síntomas?

___ Ninguno. **Constitucional:** ___ Fatiga, ___ Fiebre, ___ Pérdida de peso, ___ Aumento de peso

___ Ninguno. **Ojos:** ___ Visión borrosa, ___ Visión doble, ___ Usa lentes correctivos

___ Ninguno. **Oídos/Nariz/Garganta:** ___ Pérdida de audición, ___ Zumbido en los oídos, ___ Ronquera,
___ Dificultad para tragar

___ Ninguno. **Corazón:** ___ Dolor en el pecho, ___ Latidos cardíacos irregulares, ___ Hinchazón de las piernas

___ Ninguno. **Pulmones:** ___ Tos, ___ Tos con sangre, ___ Dificultad para respirar, ___ Sibilancias

___ Ninguno. **G.I. :** ___ Dolor abdominal, ___ Pérdida de apetito, ___ Estreñimiento, ___ Diarrea, ___ Sangre en las heces

___ Ninguno. **Urinario:** ___ Dificultad para orinar, ___ Pérdida de orina, ___ Ardor, ___ Infección

___ Ninguno. **Musculoesquelético:** ___ Rigidez, ___ Hinchazón, ___ Espasmos musculares, ___ Pérdida de fuerza

___ Ninguno. **Piel/Mama:** ___ Bultos, ___ Masas, ___ Erupción, ___ Llagas, ___ Úlceras cutáneas

___ Ninguno. **Neurológico:** ___ Mareos, ___ Problemas de equilibrio, ___ Pérdida de memoria,
___ Entumecimiento/hormigueo

___ Ninguno. **Psicológico:** ___ Ansiedad, ___ Depresión, ___ Alucinaciones, ___ Trastornos del sueño

___ Ninguno. **Endocrino:** ___ Anhelar comida, ___ Pérdida de cabello, ___ Anhelar líquidos

___ Ninguno. **Sangre/Linfáticos:** ___ Anemia, ___ Moretones fáciles, ___ Glándulas agrandadas

___ Ninguno. **Inmunológico:** ___ Resfriados frecuentes, ___ Infecciones frecuentes

Firma: _____ Fecha: _____