

Formulario Para La Historia Clínica De Un Paciente Nuevo (New Patient History Form)

Nombre del paciente (Patient name): _____

Fecha de nacimiento (Date of birth): _____

Fecha de hoy (Date): _____

Doctor de Cabecera (Primary Care physician): _____ # de Expediente (Chart #): _____

Explique brevemente la razón de su visita de hoy: _____
(Briefly tell us the reason for your visit today)

Historial Médico Escriba aquí sus problemas médicos actuales (con el año del diagnóstico) y cualquier hospitalización. (Past Medical History List your current medical problems (with year of diagnosis) and any hospitalizations.)		
Problemas Médicos Actuales (Current Medical Problems):	AÑO (YEAR)	
1.		
2.		
3.		
4.		
¿Ha tenido fracturas en el pasado? (Any previous fractures?) <input type="checkbox"/> SÍ (YES) <input type="checkbox"/> NO	Si contestó que sí, por favor describa (If yes, please describe):	
¿Ha tenido alguna otra lesión grave? (Any other serious injuries?) <input type="checkbox"/> SÍ (YES) <input type="checkbox"/> NO	Si contestó que sí, por favor describa (If yes, please describe):	
Le han hecho las pruebas de (Have you been tested for):		
Hepatitis B: <input type="checkbox"/> SÍ (YES) <input type="checkbox"/> NO Si contestó que sí, resultados/año (If yes, Result/Year): _____ / _____	Hepatitis C: <input type="checkbox"/> SÍ (YES) <input type="checkbox"/> NO Si contestó que sí, resultados/año (If yes, Result/Year): _____ / _____	VIH: <input type="checkbox"/> SÍ (YES) <input type="checkbox"/> NO Si contestó que sí, resultados/año (If yes, Result/Year): _____ / _____
Haga una lista de las cirugías que considera significativas (List surgeries you would consider significant):	AÑO (YEAR)	
1.		
2.		
3.		
4.		
Historia Social (Social History)		
¿Usted Fuma? (Do you smoke?) <input type="checkbox"/> SÍ (YES) <input type="checkbox"/> NO Número de paquetes al día (Number of packs per day?) _____ ¿Por cuantos años? (How many years?) _____	¿Actualmente toma bebidas alcohólicas? (Do you currently drink alcohol?) <input type="checkbox"/> SÍ (YES) <input type="checkbox"/> NO ¿Con qué frecuencia? (How often?) _____ ¿Antes tomaba regularmente? (Previous regular use?) <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
¿Usa alguna sustancia como cocaína o marihuana? (Do you use any substances such as cocaine or marijuana?) <input type="checkbox"/> SÍ (YES) <input type="checkbox"/> NO Si contestó que sí, por favor enumere aquí (If yes, please list): _____ ¿Con qué frecuencia? (How often) _____		
¿Usted trabaja? (Are you employed?) <input type="checkbox"/> SÍ (YES) <input type="checkbox"/> NO Si contestó que sí, ¿Cuál es su ocupación? (If yes, occupation?)		
¿Recibe compensación por invalidez? (On disability?) <input type="checkbox"/> SÍ (YES) <input type="checkbox"/> NO Si contestó que sí, ¿cuál es la razón? (If yes, reason?)		

Revisión de los Sistemas Por favor marque S (Sí) o N (NO) complete la línea cuando sea apropiado.

Review of Systems Please check Y (Yes) or N (No) and fill in the blanks where appropriate.

CONSTITUCIONAL (CONSTITUTIONAL)**S N**

- Fiebres recurrentes (Recurring Fever)
 Pérdida de peso (Weight Loss)
 Cansancio todo el tiempo (Tired all the Time)
 Debilidad en todo el cuerpo (Feel Weak all Over)
 Intolerancia al frío/calor (Heat/Cold Intolerance)

ENDOCRINO (ENDOCRINE)**S N**

- Enfermedad de la tiroides (Thyroid Disease)
 Cambio de la talla de sombrero (Change in Hat Size)

OJOS (EYES)**S N**

- Frecuente enrojecimiento de los ojos (Frequent Red Eyes)
 Frecuente dolor en los ojos (Frequent Eye Pain)
 Resequedad crónica en los ojos (Chronic Eye Dryness)
 Cambios recientes de la visión (Recent Vision Changes)

OIDOS/NARIZ/GARGANTA (ENT)**S N**

- Resequedad crónica en la boca (Chronic Dryness in Mouth)
 Frecuentes úlceras en la boca (Frequent Mouth Ulcers)
 Ronquera crónica (Chronic Hoarseness)
 Pérdida de la Audición (Hearing Loss)

RESPIRATORIO (RESPIRATORY)**S N**

- El pecho le duele cuando respira profundo
(Chest hurts with a deep breath)
 Siente que le falta la respiración frecuentemente
(Frequently feel short of breath)
 Tos frecuente (Frequent Coughing)
 Sibilancia frecuente (Frequent Wheezing)
 Ronquidos (Snoring)
 Pulmonía recurrente (Recurrent Pneumonia)
 Asma (Asthma)

CARDIOVASCULAR**S N**

- Dolor en el pecho cuando se esfuerza
(Chest pain with exertion)
 Esforzarse levemente resulta en una falta de aire
(Feel short of breath with mild exertion)
 Desmayos recientes (Recent Fainting)
 Inflamación frecuente de los tobillos (Frequent Ankle Swelling)

GASTROINTESTINAL**S N**

- Acidez (Heartburn)
 Náusea frecuente (Frequent Nausea)
 Enfermedad de Crohn/Colitis ulcerativa
(Crohn's/Ulcerative Colitis)
 Síndrome del intestino irritable (IBS Irritable Bowel)
 Sangre en la heces o heces negras/alquitranadas
(Blood in stool or black/tarry stool)

URINARIO (URINARY)**S N**

- Dolor al orinar (Pain When Urinating)
 Sangre en la orina (Blood in Urine)
 Cálculos en los riñones (Kidney Stones)
 Infecciones frecuentes de la vejiga (Frequent Bladder Infections)
 Úlceras genitales frecuentes (Frequent Genital Ulcers)

MUSCULOESQUELETAL (MUSCULOSKELETAL)**S N**

- Dolor por todo el cuerpo (músculos/articulaciones) (Pain all over (muscles/joints))
 Dolor en las articulaciones. ¿Cuáles? (Joint Pains. Which ones?)

Dolores musculares. ¿Dónde? (Muscle Pains. Location(s)?)

Rigidez corporal al despertarse. ¿Cuánto tiempo le dura?
(Body stiffness when you wake up. Lasts how long?)

Inflamación en las articulaciones. ¿Cuáles? (Joints swell. Which ones?)

Los dedos de las manos o los pies se inflaman tanto que parecen salchichas
(Fingers or toes swell up like hot dogs)

PIEL (SKIN)**S N**

- Cambios de pigmentación (Pigment Changes)
 Soriasis (Psoriasis)
 Erupciones cutáneas recurrentes. ¿Dónde? (Recurring Rashes. Where?) _____
 Picazón frecuente (Frequent Itching)
 Exposición breve al sol que causa erupciones cutáneas (Brief sun exposure causes a skin rash)
 Cambios recientes de las uñas de las manos y de los pies (Recent finger or toe nail changes)
 Los puntos de los dedos pierden el color cuando hace frío
(All color drains out of fingertips when it's cold)
 Pérdida significativa de cabello (Significant hair loss)

HEMATOLÓGICO (HEMATOLOGIC)**S N**

- Inflamación frecuente de los ganglios (Frequent Swollen Glands)
 Ha recibido tratamiento para coágulos de sangre. ¿En qué parte del cuerpo?
(Treated for a blood clot. Body part?) _____
 Sangrado excesivo (Excessive Bleeding)
 Frecuente sangrado nasal (Frequent Nosebleeds)
 Moretones en exceso (Excessive Bruising)

NEUROLÓGICO (NEUROLOGIC)**S N**

- Dolores de cabeza (Headaches)
 Convulsiones (Seizures)
 Entumecimiento. ¿Cuál(es) parte(s)
del cuerpo? (Numbness. Body Part(s):

Ardor. ¿Cuál(es) parte(s) del cuerpo?
(Burning Sensation. Body Part(s):

S N

Sensación de Hormigueo. ¿Cuál(es)
parte(s) del cuerpo?
(Pins-and-needle sensation. Body Part(s):

Debilidad reciente en alguna parte
del cuerpo (Recent weakness of a body
part): _____

PSIQUIÁTRICO (PSYCHIATRIC)**S N**

- Depresión (Depression)
 Trastornos de sueño (Sleep Disorder)

Problemas para dormir: Para dormirse Para mantenerse dormido/a
(Sleep Problems: Falling Asleep Staying Asleep)

S N

Ansiedad (Anxiety)

S N

Confusión (Confusion)

Número de veces que ha estado embarazada (Number of times pregnant): _____

Número de hijos nacidos vivos (Number of live births): _____

Número de pérdidas (Number of miscarriages): _____

Número de abortos (Number of abortions): _____

Método anticonceptivo (Method of contraception): _____

Historia Familiar Por favor marque e indique cuál pariente en el espacio provisto.
(Family History Please check and indicate which family member in the space provided.)

<input type="checkbox"/> Artritis reumatoide (Rheumatoid Arthritis)	<input type="checkbox"/> Osteoartritis (Osteoarthritis)	<input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn's/Colitis ulcerativa (Crohn's/Ulcerative Colitis)
<input type="checkbox"/> Lupus	<input type="checkbox"/> Osteoporosis	<input type="checkbox"/> Espondilitis anquilosante (Ankylosing Spondylitis)
<input type="checkbox"/> Fibromialgia	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Presión sanguínea elevada (High Blood Pressure)
<input type="checkbox"/> Gota (Gout)	<input type="checkbox"/> Soriasis (Psoriasis)	<input type="checkbox"/> Tuberculosis

Lista De Medicamentos Que Toma Actualmente:
 Por favor haga una lista de todos los medicamentos, incluyendo los de receta médica, de venta libre y vitaminas.
(CURRENT MEDICATIONS Please list all medications including prescription, over-the-counter and vitamins)

ALERGIAS A MEDICAMENTOS (Drug Allergies) **SÍ** (YES) **NO** ¿A CUÁL? (To what?) **¿TIPO DE REACCIÓN?** (Type of reaction?)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO (NAME OF MEDICATION)	DOSIS (DOSAGE)	FRECUENCIA (FREQUENCY)
SUPLEMENTO NATURAL O HERBALES (HERB OR NATURAL SUPPLEMENT)	DOSIS (DOSAGE)	FRECUENCIA (FREQUENCY)

FIRMA DEL/DE LA PACIENTE: _____ FECHA: _____
 (Patient Signature) (Date)

FIRMA DEL DOCTOR/PHYSICIAN SIGNATURE: _____ FECHA: _____
 (Physician Signature) (Date)

*Gracias por permitirnos atenderle con sus necesidades de salud médica. Estamos encantados de servirle.
 Thank you for allowing us to assist you with your health care needs. We look forward to serving you.*