

MUÑOZ FAMILY HEALTH CLINIC
HISTORIA DE SALUD

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____

<p>Syntomas consitucionales: Generalmente en Buena salud...No Si Reciente cambio de peso.....No Si Fiebre.....No Si Fatiga.....No Si</p> <p>Ojos: Enfermedad o lesion de ojos...No Si Usa lentes.....No Si Vista borrosa or doble vision.....No Si</p> <p>Oídos/Nariz/Boca/Garganta: Perdida de oido o zumbid.....No Si Dolor de oido y/o desecho.....No Si Problemas de sinusitis cronicos.No Si Sangrado de nariz.....No Si Lesiones en la boca.....No Si Sangrado de encia.....No Si Mal aliento.....No Si Dolor de garganta.....No Si Glandulas inflamadas cuello.....No Si</p> <p>Cardiovascular: Problemas de corazon.....No Si Dolor de pecho.....No Si Palpitaciones.....No Si Falta la respiración caminando...No Si Falta la respiración acostado/a...No Si Hinchazón de pies o tobillos.....No Si</p> <p>Respiratorio: Tos frecuente o cronica.....No Si Escupe sangre.....No Si Le falta la respiración.....No Si Silbido respiratorio.....No Si</p> <p>Gastrointestinal: Perdida de apetito.....No Si Estreñimiento o diarrea.....No Si Nausea o vomito.....No Si Dolor cuando va al bano.....No Si Sangre en el escremento.....No Si Sangre cuando se limpia.....No Si Dolor de estomago.....No Si</p>	<p>Genitourinario: Orina frecuentemente...No Si Dolor o le quema cuando orina...No Si Sangre en la orina.....No Si Chorro débil.....No Si Incontinencia o gotea...No Si Piedras en rinones.....No Si Dificultad sexual.....No Si Dolor testicular.....No Si</p> <p>Mujeres Dolor durante las reglas.No Si Reglas irregulares.....No Si Desecho vaginal.....No Si Numero de embarazos..._____ Numero de embarazos perdidos_____</p> <p>Fecha de el ultimo Pap nicolao...._____</p> <p>Musculoesketal: Dolor articulaciones /coyunturas.....No Si Hinchazón de articulaciones.....No Si Articulaciones tiesas.....No Si Debilidad de musculos.....No Si Calambres.....No Si Dolor de espalda/ /cintura.....No Si Dificultad caminando...No Si</p> <p>Piel/Cenos: Sarpullid.....No Si Cambio en el color de piel No Si Venas varicosas.....No Si Dolor de ceno.....No Si Masa en el ceno.....No Si Desecho del ceno.....No Si</p>	<p>Neurologico: Dolores de cabeza frecuentes.....No Si Mareos.....No Si Convulsiones o Epilepsia.....No Si Siente dormido o cosquilleo.....No Si Temblor.....No Si Parálisis.....No Si Golpe en la cabeza.....No Si</p> <p>Psiquiátrico: Perdida de memoria o confusion.....No Si Nerviosidad.....No Si Depresion.....No Si Insomnia.....No Si</p> <p>Sistema endocrino: Problema glandular o Hormonal.....No Si Exceso de sed o de orina...No Si Intolerancia al calor o frio ...No Si Piel seca.....No Si</p> <p>Sanguino o linfático: Anemia.....No Si Transfusiones.....No Si</p> <p>Alergia o inmunológico: Reacciones a alguna medicina_____ _____ _____ Reacciones a comida_____ _____ _____ Reacciones a medio ambiente_____ _____ _____</p>
---	--	--

Firma del Paciente o Representate Personal

Fecha

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Sarampión.....No Si	Epilepsia.....No Si	Hemorroide.....No Si
Paperas.....No Si	Migranas.....No Si	Asma.....No Si
Varicela.....No Si	Tuberculosis.....No Si	Eczema.....No Si
Tos ferina.....No Si	Diabetes.....No Si	Sida o VIH.....No Si
Escarlatina.....No Si	Cancer.....No Si	Mononucleosis.....No Si
Difteria.....No Si	Polio.....No Si	Bronquitis.....No Si
Viruela.....No Si	Glaucoma.....No Si	Embolia cerebral.....No Si
Pulmonía.....No Si	Hernia.....No Si	Hepatitis.....No Si
Fiebre reumatica.....No Si	Transfusiones.....No Si	Ulcera.....No Si
Artritis.....No Si	Dolor de espalda.....No Si	Enfermedad de riñón.....No Si
Enfermedad venérea..No Si	Alta presiónNo Si	Enfermedad de tiroide...No Si
Anemia.....No Si	Baja presión.....No Si	Tendencia de sangrar....No Si
Infeccion de orina....No Si		

Historia Medica:

Alguna ves a tenido lo siguiente:

Alguna otra enfermedad _____

Medicinas (con o sin receta) _____

Historia Cirugía:

Nunca

Fecha

Razón

Historia Social:

Estado marital: Soltero/a Casado/a Separado/a Divorciado/a Viudo/a

Consumo de alcohol: Nunca Raramente Moderadamente diariamente _____

Uso de tabaco: Nunca fumaba fuma (cuantos paquetes/día) _____

Uso de drogas: Nunca abecés habitual (frecuencia) _____

se expone en exceso a: Humos polvos solventes ruido

Historia Familiar medica:

Edad enfermedad si fallecido causa de muerte

Padre _____

Madre _____

Hermanos/a _____

Examen de Prevencion	Fecha de Prevencion	Donde?	N/A
Mamograma			
Pap Nicolao			
Colonoscopia			
Examen de prostata			

Reviewed by Dr. _____

Date _____