

**HISTORIA MÉDICA (ADULTO) / MEDICAL HISTORY (ADULT)**

**Historia Médica / Medical History**

Liste todos los actuales y/o problemas médicos crónicos/ *List all current and /or chronic medical problems:*

\_\_\_\_\_

Liste todos los anteriores problemas medicos, cirugías, o hospitalizaciones/ *List all past medical problems, surgeries, or hospitalizations:*

\_\_\_\_\_

Liste todas las actuales prescripciones o más medicamentos contra/ *List all current prescription or over the counter medications:*

\_\_\_\_\_

Liste todas las alergias a los medicamentos/ *List all allergies to medications:*

\_\_\_\_\_

Quien es su internista or facultativo familiar/ *Who is your internist or family practitioner?*

\_\_\_\_\_

Ve usted a cualquier otras especialistas/ *Do you see any other specialists?*

\_\_\_\_\_

Nombre de la farmacia y número de teléfono/ *Pharmacy name and phone number:*

\_\_\_\_\_

**HISTORIA OCULAR / OCULAR HISTORY**

Liste todos los actuales o los problemas pasados del ojo o cualquier cirugía de ojo/ *List all current or past eye problems or any eye surgery:*

\_\_\_\_\_

Liste cualquier herida del ojo que requiriera la atención médica/ *List any eye injury that required medical attention:*

\_\_\_\_\_

**HISTORIA FAMILIA/ FAMILY HISTORY**

Liste todos los problemas del ojo (glaucoma, ojo perezoso, desalineamiento de los ojos, o cataratas en una edad joven) de sus miembros de la familia. Liste todos los problemas medicos importantes en su familia/ *List all eye problems (glaucoma, lazy eye, misalignment of the eyes, or cataracts at a young age) of your family members. List all major medical problems known to run in your family.*

\_\_\_\_\_

**HISTORIA SOCIAL / SOCIAL HISTORY**

Cuáles son sus pasatiempos y los intereses/ *What are your hobbies and interests?* \_\_\_\_\_

Ocupación/ Occupation: \_\_\_\_\_ Estado civil/ Marital Status: \_\_\_\_\_

Usted Fuma?/ *Do you smoke?* \_\_\_\_\_ Si sí, cuántos paquetes por día? \_\_\_\_\_

Usted bebe alcohol?/ *Do you drink?* \_\_\_\_\_ Si sí, cuantas bebidas por día/ *If yes, how many drinks per day?*

\_\_\_\_\_

Es aceptable dejar resultados del laboratorio, etc. en su voicemail a la casa y/o el trabajo?/ *Is it okay to leave test results, etc. on your voicemail at home and/or work?* \_\_\_\_\_

Cuál es la razón para su visita hoy?/ *What is the reason for your visit today?*

\_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**INICIALES DEL MEDICO/ PHYSICIAN'S INITIALS**

\_\_\_\_\_

**REVISIÓN DE LOS SISTEMAS (ADULTO) / REVIEW OF SYSTEMS (ADULT)**

Usted tiene cualquier síntomas o problemas en alguno de estas areas **HOY?** / *Do you have any symptoms or issues in any of these areas TODAY?*

**SI NO, ESCRIBE NO    O    SI SÍ, EXPLIQUE POR FAVOR**

**Constitucional/Constitutional** \_\_\_\_\_

(fiebre, pérdida del peso, apetito pobre) / (*fever, weight loss, poor appetite*)

**Orejas, Nariz, Garganta/ Ears, Nose, Throat** \_\_\_\_\_

**Corazón/Heart** \_\_\_\_\_

(dolor del pecho, palpitaciones) / (*chest pain, palpitations*)

**Pulmones/Lungs** \_\_\_\_\_

(sibilancias) / (*wheezing*)

**Gastrointestinal/Gastrointestinal** \_\_\_\_\_

(nausea, el vomitar, diarrea) / (*nausea, vomiting, diarrhea*)

**Genitourinario/Genitourinary** \_\_\_\_\_

(problemas con el urination, el dolor) / (*trouble with urination, pain*)

**Musculoquelético/Musculoskeletal** \_\_\_\_\_

(el dolor conjunto, hinchándose) / (*joint pain, swelling*)

**Piel/Skin** \_\_\_\_\_

(erupción, picando) / (*rash, itching*)

**Neurológico/Neurologic** \_\_\_\_\_

(convulsions, debilidad, CP, entumecimiento) / (*seizures, weakness, CP, numbness*)

**Psiquiátrico/Psychiatric** \_\_\_\_\_

(problemas de conducta) / (*depression, behavior problems*)

**Endocrino/Endocrine** \_\_\_\_\_

(problemas del crecimiento, problemas menstruales, demasiado caliente o frío) / (*growth problems, menstrual problems, too hot, too cold*)

**Hematológica/Hematologic** \_\_\_\_\_

(fácil de moretones o sangrado) / (*easy bruising or bleeding*)

**Alérgica/ Inmunológicas /Allergic/Immunologic** \_\_\_\_\_

(erupción cutánea, prurito, fiebre del heno) / (*rash, itching, hay fever*)

Si usted está teniendo visión doble, párpados inclinados, o pérdida de la vision en uno o los dos ojos, por favor marque por cualquiera de los síntomas que usted está experimentando actualmente o ha experimentado en los últimos meses.

\_\_\_ dolores de cabeza en sus templos

\_\_\_ dificultad cuando respiración (no asma)

\_\_\_ ternura cuando usted toca sus templos

\_\_\_ dificultad que traga

\_\_\_ dolor cuando usted cepilla/peine su pelo

\_\_\_ debilidad del brazo o de la pierna

\_\_\_ dolor en la parte posteriora de su cabeza

\_\_\_ dificultad de sostener la cabeza arriba

\_\_\_ dolor en la mandíbula con la masticación (no TMJ)

\_\_\_ retorcer músculos

\_\_\_ pérdida del peso involuntario

\_\_\_ músculo duele y aflige

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 M.D. Signature

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 Date

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_