

HISTORIA MÉDICA

FECHA: _____

NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

Buellton Medical Center estará facturando su aseguransa por una cita para cualquier otro problema médico que pueda surgir en el momento de su examen de bienestar. Por lo tanto, usted podría ser responsable de cualquier copagos, parte de costo y deducibles después de que responda su aseguransa . Por favor ponga sus iniciales : _____

Hospitalizaciones previas? Por favor lístelas, incluyendo las fechas cuando ocurrieron:

Historia Médica: (Circule lo que aplica a usted)

Alergias a animales o plantas _____

Anemia	Diabetes	Enfermedad del corazón
Ansiedad	Desorden de colesterol	Enfermedad del pulmón
Artritis	Desorden estomacal/digestivo	Problemas de espalda
Asma	Desorden de Próstata	Problemas de tiroides
Ataques Epilépticos	Desorden del riñón	Problemas de vista e oídos
Depresión	Embolia	VIH/Hepatitis

Cáncer(que tipo?) _____

Información adicional: _____

Historia Social:

Estatus marital: Soltero/a Casado/a Separado/a Divorciado/a Viudo/a
Uso de Alcohol: Nunca Raro Moderado Diario
Uso de Tabaco: Nunca Dejo Actualmente fuma# ___paquetes/día Año que empezó a fumar ____
Uso de Drogas: Nunca Tipo/Frecuencia: _____
Ocupación: _____

Historial de Familia:

Padre: Edad ___ Vivo/Fallecido- Causa de muerte: _____
Madre: Edad ___ Vivo/Fallecido- Causa de muerte: _____
Hermano/a: Edad ___ Vivo/Fallecido- Causa de muerte: _____

Tiene usted otro doctor? _____

NOMBRE: _____

FECHA: _____

REVISION DEL SISTEMA

Circule en cada categoria los problemas que ha padecido o esta padeciendo

General

Cambio de peso reciente
Fiebre
Fatiga
Dolor de cabeza

Piel / Pecho

Salpullido
Cambio de color de piel
Cambio de color de uñas
Varices

Ojos

Enfermedad o lastimadura de ojos
Lentes / Lentes de contacto
Borroso / Doble vision
Glaucoma

Oidos/Nariz/Garganta/Boca

Perdida de oido/zumbido
Dolores de oido
Problemas cronicos de sinusitis
Hemorragias nasales
Llagas en la boca
Sangrado de las encías
Mal aliento o mal sabor
Dolor de garganta o cambio de voz
Glándulas inflamadas en el cuello

Respiratorio

Tos crónica o frecuente
Escupir sangre
Falta de aliento
Asma o sibilancias

Cardiovascular

Problemas del corazón o soplo
Dolor en el pecho
Palpitación
Falta de aliento
Hinchazón de tobillos, manos o pies

Gastrointestinal

Perdida de apetito
Cambio en las deposiciones
Nauseas o vomito
Diarrea frecuente
Estreñimiento, sangre en el escremento
Dolor abdominal o ardor de estomago
Ulcera péptica

Genitourinario

Orinar frecuente
Ardor o dolor al orinar
Sangre en la orina
Fuerza/ tensión al orinar
Incontinencia / goteo
Piedras en los riñones
Dificultad sexual

Musculoesquelético

Rigidez en las articulaciones
Dolor en las articulaciones
Debilidad muscular
Dolor de espalda
Extremidades frias
Dificultad para caminar
Dolor/calambres musculares

Neurologico

Dolores de cabeza frecuentes
Historia de la conmoción cerebral
Mareo/ vértigo
Convulsiones
Entumecimiento / hormigueo
Temblores
Paralices
Embolio
Lesión craneal

Endocrino

Problema glandular/hormona
Enfermedad de tiroides
Diabetes
Sed/orinar excesivamente
Intolerancia de frio o caliente
Resequedad de la piel
Cambio de tamaño en el gorro o guantes

Hematológica / linfática

Tardas en sanar cortadas
Sangrado/ moretones
Anemia
Flebitis
Transfusión pasado
Glandula agrandada
Hepatitis A B C/VIH

Lista de Alergias

Lista de Medicamentos
