

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

Nombre del paciente (Patient name): Leonel Vazquez Hidalgo
 Fecha de nacimiento (Date of birth): 19-Mayo-1968 Fecha de hoy (Date): 09-enero-2021
 Doctor de Cabecera (Primary Care physician): Dra. Dana Paola Vazquez Sumaya # de Expediente (Chart #): _____
 Explique brevemente la razón de su visita de hoy: Consulta externa
(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. <u>Insuficiencia renal</u>	<u>2011</u>
2.	
3.	
4.	
¿Ha tenido fracturas en el pasado? (Any previous fractures?) <input type="checkbox"/> SÍ (YES) <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> SÍ (YES) <input type="checkbox"/> NO	Si contestó que sí, por favor describa (If yes, please describe):
	<u>Cortadura de pierna</u>
Le han hecho las pruebas de (Have you been tested for):	
Hepatitis B: <input checked="" type="checkbox"/> SÍ (YES) <input type="checkbox"/> NO Si contestó que sí, resultados/año (If yes, Result/Year): <u>Negativo / -</u>	Hepatitis C: <input type="checkbox"/> SÍ (YES) <input checked="" type="checkbox"/> NO Si contestó que sí, resultados/año (If yes, Result/Year): _____ / _____
VIH: <input checked="" type="checkbox"/> SÍ (YES) <input type="checkbox"/> NO Si contestó que sí, resultados/año (If yes, Result/Year): <u>Negativo / -</u>	
Haga una lista de las cirugías que considera significativas (List surgeries you would consider significant):	AÑO (YEAR)
1. <u>Cirugía de hernia inguinal</u>	<u>1976</u>
2. <u>Cirugía de introducción de catéter</u>	<u>2011</u>
3.	
4.	
Historia Social (Social History)	
¿Usted fuma? (Do you smoke?) <input type="checkbox"/> SÍ (YES) <input checked="" type="checkbox"/> NO Número de paquetes al día (Number of packs per day): _____ ¿Por cuántos años? (How many years?): _____	¿Actualmente toma bebidas alcohólicas? (Do you currently drink alcohol?) <input type="checkbox"/> SÍ (YES) <input checked="" type="checkbox"/> NO ¿Con qué frecuencia? (How often?): _____ ¿Antes tomaba regularmente? (Previous regular use?) <input checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> SÍ (YES) <input type="checkbox"/> NO Si contestó que sí, ¿Cuál es su ocupación? (if yes, occupation?) <u>Comerciante</u>	
¿Recibe compensación por invalidez? (On disability?) <input type="checkbox"/> SÍ (YES) <input checked="" type="checkbox"/> NO Si contestó que sí, ¿cuál es la razón? (if yes, reason?)	

Revisión de los Sistemas Por favor marque S (SI) 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)
 Resequeadad crónica en los ojos (Chronic Eye Dryness)
 Cambios recientes de la visión (Recent Vision Changes)

IDOS/NARIZ/GARGANTA (ENT)

- S N
 Resequeadad 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)
 Neumonía 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(s))
 Sangrado excesivo (Excessive Bleeding)
 Frecuente sangrado nasal (Frequent Nosebleeds)
 Moretones en exceso (Excessive Bruising)

NEUROLÓGICO (NEUROLOGIC)

- | | |
|---|---|
| S N
<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Dolores de cabeza (Headaches)
<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Convulsiones (Seizures)
<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Entumecimiento. ¿Cuál(es) parte(s) del cuerpo? (Numbness. Body Part(s))
<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ardor. ¿Cuál(es) parte(s) del cuerpo? (Burning Sensation. Body Part(s)) | S N
<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Sensación de Hormigueo. ¿Cuál(es) parte(s) del cuerpo? (Pins-and-needle sensation. Body Part(s))
<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Debilidad reciente en alguna parte del cuerpo (Recent weakness of a body part) |
|---|---|

PSIQUIÁTRICO (PSYCHIATRIC)

- | | |
|--|--|
| S N
<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Depresión (Depression)
<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Trastornos de sueño (Sleep Disorder)
<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas para dormir: <input type="checkbox"/> Para dormirse <input type="checkbox"/> Para mantenerse dormido/a (Sleep Problems: Falling Asleep Staying Asleep) | S N
<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Ansiedad (Anxiety)
<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Confusión (Confusion) |
|--|--|

Número de veces que ha estado embarazada (Number of times pregnant): _____
 Número de hijos nacidos vivos (Number of live births): 2 hijos
 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

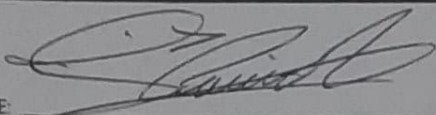
Lista De Medicamentos Que Toma Actualmente:

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?)

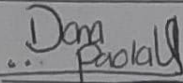
NOMBRE DEL MEDICAMENTO (NAME OF MEDICATION)	DOSIS (DOSAGE)	FRECUENCIA (FREQUENCY)
Complejo B	1 Diaria	
Acido fólico	1 pastilla	Diaria
Fumarato ferrasa	1 pastilla	Diaria
Omeprazol	1 pastilla	Diaria
Calcitriol	3 pastilla	Diaria
SUPLEMENTO NATURAL O HERBALES (HERB OR NATURAL SUPPLEMENT)	DOSIS (DOSAGE)	FRECUENCIA (FREQUENCY)
—	—	—
—	—	—

FIRMA DEL/DE LA PACIENTE:
 (Patient Signature)



FECHA: 09-enero-21
 (Date)

FIRMA DEL DOCTOR/PHYSICIAN SIGNATURE:
 (Physician Signature)



FECHA: 09-enero-21
 (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.