

Historia Médica

Nombre _____ Edad _____ Fecha de Visita _____

Favor de notar todos los medicamentos y la dosis:

Medicación	Medicación	Medicación	For Office Use: Room#
Dosis	Dosis	Dosis	HT: WT:
Medicación	Medicación	Medicación	BP: HR:
Dosis	Dosis	Dosis	RESP: SP02:

Favor de notar alergias a medicamentos: _____

	Y	N		Y	N	
General:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Weakness (Debilidad)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Fatigue (Fatiga)
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Chills (Escalofrío)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Weight Loss (Pérdida de peso)
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Fever (Fiebre)
HEENT: Oído	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Eye Drainage (Flujo de ojo)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Double Vision (Visión Doble)
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Corrective Lenses (Usa Lentes)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Nasal Congestion (Congestión Nasal)
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hearing Issues (Problemas de Audición)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Nosebleeds (Sangrados de Nariz)
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Teething (Dentición)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sore Throat (Dolor de Garganta)
Cardio/Vasc:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Fast Heart Rate (Latido Rápido del Corazón)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Chest Pain (Dolor de Pecho)
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Irreg. Heart rate (Latido Irregular del Corazón)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Murmur (Soplo o Murmullo)
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Palpitations (Palpitaciones)
GI: Gastro:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Diarrhea (Diarrea)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Constipation (Estreñimiento)
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Vomiting (Vomito)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Abdominal Pain (Dolor Abdominal)
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Nausea
GU: Urología:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Frequent Urination (Orina Frecuentemente)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Blood in Urine (Sangre en la Orina)
Musculoskeletal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Joint Pain & Swelling (Dolor de coyunturas o Hinchado)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Back Pain (Dolor de Espalda)
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muscle Pain (Dolor Muscular)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Stiffness (Tenso)
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Scoliosis (Escoliosis)
Derm: Derma:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Rash (Sarpullido)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Skin Sores (Llagas en la Piel)
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Nail Changes (Cambio en las Unas)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hair Loss (Pérdida de Pelo)

Neurological: Neurológico:	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Weakness (Debilidad)	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Seizures (Convulsiones)	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Numbness (Entumecimiento)
Endo/Meta:	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Excessive Thirst (Sed Excesiva)	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Unexplained Weight Gain (Aumento de peso Inexplicable)	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Unexplained Weight Loss (Pérdida de Peso Inexplicable)
Chest/Pulmonary: Pecho/Pulmonar:	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Cough (Tos)	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Frequent Pneumonia (Pulmonía Frecuentemente)	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Chest Tightness (Opresión en el Pecho)

Family History - Historia Familiar	
Y N (S N)	Relationship to Patient - (Relación al Paciente)
<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Congenital Heart Disease (Enfermedad cardíaca congénita)
<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Sudden Death (Muerte Repentina)
<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Arrhythmia (Arritmia)
<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Cardiomyopathy - Dilated (Miocardiopatía - Dilatada)
<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Cardiomyopathy - Hypertrophic (Miocardiopatía - Hipertrofia)
<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Coronary Artery Disease (Enfermedad de Arteria Coronaria)
<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Hypertension (High Blood Pressure) (Alta Presión)
<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Diabetes (Diabetes)
<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Heart Attack before age 50 (Ataque al Corazón antes de los 50)
<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Murmurs (Soplo o Murmullo)

Please note if any of the following exist in relatives:
(Favor de notar si alguno de lo siguiente existe en parientes:)

Heart Attack before age 50 (Infarto Cardíaco antes de los 50 años)	Yes Sí	No No	_____
High Blood Pressure (Presión alta)	Yes Sí	No No	_____
Heart Defects (Defectos Cardíacos)	Yes Sí	No No	_____
Does anyone in the household smoke cigarettes? (¿Fuma alguien en la casa?)	Yes Sí	No No	_____
Are immunizations current? (¿Las vacunas están al día?)	Yes Sí	No No	_____

Patient lives with ... Mother Father Both Other _____
(El / La Paciente vive con ... la Madre el Padre Ambos Otro) _____

Please list any Hospitalizations /Surgeries (Please give dates)
(Por favor, enumere las Hospitalizaciones / Cirugías (Por favor, indique las fechas))
