

Historia Médica y Revisión de Sistemas

Nombre _____

Fecha _____

Historial Social:

El uso de alcohol: Nunca Raramente Moderado Diario

El uso de cigarro: Nunca Previamente/fecha de abandono _____ Actualmente/paquetes al día _____

El uso de drogas: Nunca Tipo/Frecuencia _____

Ocupación _____

Historial médico:

Enfermedades de la tiroides Presión arterial alta Enfermedad del corazón Ataque Fulminante

HIV Hepatitis Diabetes Cáncer

¿Tienes un desfibrilador?

Otra Condición: _____

Descripción de Cirugías Anterior/Fecha _____

Medicamentos: (incluyen sin receta) _____

¿Es alérgico a algún medicamento? No Yes En caso de que si, cuales medicación(s) _____

Revisión de sistemas: ¿Tiene usted alguno de los siguientes síntomas HOY?

Gastrointestinal

- Acidez/reflujo
- Náuseas / vomitory / diarrea

Piel

- Sarpullido

Neurológicas / Cabeza

- Dolores de cabeza
- Debilidad
- Migrañas

Oídos/Nariz/Garganta/Boca/Cuello

- Fiebre del heno/alergias/congestión
- Sinusitis
- Problemas de Cuello

Genitourinario

- Orina Doloroso/Sangriento
- Fugas de Orín

Psiquiátrico

- Ansiedad/Estrés
- Insomnio
- Enfermedad psiquiátrica

Cardiovascular

- Dolores de pecho/Malestar
- Palpitaciones
- Falta de aliento con el esfuerzo

Musculoesqueléticas

- Dolor en las articulaciones
- Dolor de espalda reciente
- Artritis

Respiratorio

- Tos/Resuello
- Falta de aliento

Sangre/Linfático

- Enfermedad de la sangre
- Coágulos

Otro

Firma del Paciente _____ Firma de Asistente/Fecha _____