



Fecha de hoy / Today's Date: _____
 Nombre / Name: _____ Número de Seguro Social / Social Security#: ____ - ____ - ____
 Estatura / Height: _____ Peso / Weight: _____ Fecha de nacimiento/Edad / Date of Birth/Age: _____
 Nombre de su médico de atención primaria / Name of your primary care physician: _____
 Teléfono / Phone: _____

PADECIMIENTO / CHIEF COMPLAINT

¿Por qué visita al médico hoy? / Why are you seeing the doctor today _____

El problema actual es el resultado de un(a): **Marque todas las opciones que correspondan**
 Is Current problem the result of a(n) : Check all that apply

Accidente vehicular / Car Accident Accidente de trabajo / Work Accident Accidente / Accident Otro / Other

Medicamentos actuales Current Medications	Dosis / Dose	Motivo de la medicación Reason for Medication	Efectos secundarios Side Effects
Enumere los efectos secundarios adicionales en la parte posterior del formulario / List Additional on back of form			

ALERGIAS: Medicamentos: ¿Alguna vez ha tenido alguna reacción a un medicamento / ALLERGIES: Medications: Have you ever had a reaction to any medication?

Nombre del medicamento / Name of Medication: _____	Reacción (p. ej., náuseas, erupción cutánea): Reaction (ex: nausea, rash)
Nombre del medicamento / Name of Medication: _____	Reacción (p. ej., náuseas, erupción cutánea): Reaction (ex: nausea, rash)
Nombre del medicamento / Name of Medication: _____	Reacción (p. ej., náuseas, erupción cutánea): Reaction (ex: nausea, rash)

¿Tiene todas las vacunas al día / Are all immunizations up to date? Sí / Yes No
 Si la respuesta es "no", ¿Qué vacunas no tiene al día / If no, which immunizations are due? _____

¿Ha tomado alguna vez o toma actualmente prednisona o esteroides / Do you now, or have you ever taken Prednisone or Steroids? Sí/Yes _____ No _____

Indique si tiene alguno de los siguientes problemas / Do you have any of the following:

¿Tiene alergia al metal o a las alhajas / Metal or jewelry allergies? Sí/Yes _____ No _____	¿A qué tipo de metales / What type of Metals? _____
¿Tiene alergia a alguna solución / Solution Allergies? Sí/Yes _____ No _____	¿A qué tipo de solución / What type of Solution? _____
¿Tiene alergia a alguna cinta adhesiva / Tape Allergies? Sí/Yes _____ No _____	¿A qué tipo de cinta adhesiva/venda / What type of tape/Band-Aids? _____
¿Tiene alergia al látex / Latex Allergies? Sí/Yes _____ No _____	

Historia clínica:

¿Tiene, o alguna vez tuvo, problemas con lo siguiente? / Are you currently having or have you had problems with your:
 Marque con un círculo / Circle Describa todas las respuestas "Sí"
 Describe all "yes" responses

Ojos / Eyes	Sí / Yes	No
Problemas pulmonares, respiratorios o	Sí / Yes	No

enfisema / <i>Lungs, Breathing/Emphysema</i>			
Asma o fiebre del heno / <i>Asthma or Hayfever</i>	Sí / Yes	No	
Problemas intestinales / <i>Bowel problems</i>	Sí / Yes	No	
Infecciones urinarias o de la vejiga / <i>Bladder/urinary infections</i>	Sí / Yes	No	
Diabetes (glucosa alta en sangre) / <i>Diabetes (high blood sugar)</i>	Sí / Yes	No	
Presión arterial alta / <i>High blood pressure</i>	Sí / Yes	No	
Problemas de sangrado o circulatorios / <i>Bleeding or Circulatory problems</i>	Sí / Yes	No	
Problemas de equilibrio / <i>Balance problems</i>	Sí / Yes	No	
Entumecimiento/hormigueo / <i>Numbness/tingling</i>	Sí / Yes	No	
Desmayo/desvanecimiento / <i>Blackout/fainting</i>	Sí / Yes	No	
Problemas psicológicos/depresión / <i>Psychological/Depression</i>	Sí / Yes	No	
SIDA / <i>AIDS</i>	Sí / Yes	No	
Cáncer / <i>Cancer</i>	Sí / Yes	No	
Hepatitis / <i>Hepatitis</i>	Sí / Yes	No	
Tuberculosis / <i>Tuberculosis (TB)</i>	Sí / Yes	No	
Problema neurológico/epilepsia / <i>Neurological/Epilepsy</i>	Sí / Yes	No	

Tipo / *Type*: _____
 Tipo de tratamiento / *Treatment Type*: _____
 Tipo: A B C _____

Firma del paciente / *Patient Signature*: _____ Fecha / *Date*: _____

Revisado por / *Reviewed By*: _____ MD / *MD* Fecha / *Date*: _____

Nombre / Name: _____ Fecha de hoy / Today's Date: _____

N.º Seg. Soc. / SSN: _____ Fecha de nacimiento/Edad / Date of Birth/Age: _____

Antecedentes médicos (continuación) / Medical History Continued:

Úlceras gástricas / <i>Stomach ulcers</i>	Sí / Yes	No	_____
Dificultad para tolerar alimentos grasos / <i>Difficulty tolerating fatty foods</i>	Sí / Yes	No	_____
Enfermedad hepática / <i>Liver Disease</i>	Sí / Yes	No	_____
Insuficiencia cardíaca congestiva o ataque cardíaco / <i>Congestive Heart Failure or Heart Attack</i>	Sí / Yes	No	Nombre y número de cardiólogo _____
Angina de pecho / <i>Angina</i>	Sí / Yes	No	Nombre del medicamento _____
Accidente cerebrovascular / <i>Stroke</i>	Sí / Yes	No	_____
Lumbalgia / <i>Low back pain</i>	Sí / Yes	No	¿Antecedentes de problemas de espalda? _____
Coágulos sanguíneos, flebitis / <i>Blood clots, Phlebitis</i>	Sí / Yes	No	_____
Enfermedad de la próstata / <i>Prostate Disease</i>	Sí / Yes	No	_____
Órganos femeninos/menstruales / <i>Female organs/menstrual</i>	Sí / Yes	No	_____
Infecciones crónicas / <i>Chronic Infections</i>	Sí / Yes	No	Lugar de la infección: _____
Artritis / <i>Arthritis</i>	Sí / Yes	No	¿Tiene reuma? _____
Gota / <i>Gout</i>	Sí / Yes	No	_____
Enfermedad de la tiroides / <i>Thyroid Disease</i>	Sí / Yes	No	_____
Piel: Erupciones cutáneas, infecciones, psoriasis / <i>Skin: Rashes, infections, psoriasis</i>	Sí / Yes	No	_____

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS/DE HOSPITALIZACIONES / PAST SURGICAL/HOSPITALIZATION HISTORY:

(en el caso de cirugías ortopédicas, por favor, indique el nombre del cirujano y el año de la cirugía / For previous orthopaedic surgeries, please list surgeon's name and year of surgery)

Hospitalizaciones/cirugías / <i>Surgeries / Hospitalizations</i>	Año / Year	Complicaciones / Complications

¿Ha estado alguna vez bajo anestesia general? (estar dormido para someterlo a una operación) / *Have you ever had general anesthesia? (Being put to sleep for an operation)* Sí / Yes No

¿Ha tenido alguna vez problemas con la anestesia? / *Have you ever had problems with anesthesia?* Sí / Yes No

Describe / *Describe:* _____

ANTECEDENTES FAMILIARES

Familiar / Member	Vivo / Alive	Difunto / Deceased	Edad / Age	Estado de salud o causa de la muerte / Health status or cause of death
Padre / Father	V/A	D		
Madre / Mother	V/A	D		

Hermano/hermana / Sister/Brother	V/A	D
Hermano/hermana / Sister/Brother	V/A	D
Hermano/hermana / Sister/Brother	V/A	D

Firma del paciente / *Patient Signature*: _____ Fecha / *Date*: _____

Revisado por / *Reviewed By*: _____ MD / *MD* Fecha / *Date*: _____

