

## Historia Médica

Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Fecha de Visita \_\_\_\_\_

Favor de notar todos los medicamentos y la dosis:

Medicación	Medicación	Medicación	<b>For Office Use: Room#</b>	
Dosis	Dosis	Dosis	<b>HT:</b>	<b>WT:</b>
Medicación	Medicación	Medicación	<b>BP:</b>	<b>HR:</b>
Dosis	Dosis	Dosis	<b>RESP:</b>	<b>SP02:</b>

Favor de notar **alergias a medicamentos:** \_\_\_\_\_

	Y	N		Y	N		Y	N	
<b><u>General:</u></b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Weakness (Debilidad)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Fatigue (Fatiga)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Fever (Fiebre)
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Chills (Escalofrío)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Weight Loss (Perdida de peso)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Weight Gain (Aumento de peso)
<b><u>HEENT:</u></b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Eye Drainage (Flujo de ojo)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Double Vision (Vision Doble)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Trouble Seeing (Problemas de la Vista)
<b><u>Otto riño</u></b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Corrective Lenses (Usa Lentes)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Nasal Congestion (Cogestion Nasal)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ear Pain (Dolor de Oído)
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hearing Issues (Problemas de Audición)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Nosebleeds (Sandgrados de Nariz)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Gum Bleeding (Sangrado de Encías)
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Teething (Denticion)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sore Throat (Dolor de Garganta)			
<b><u>Cardio/Vasc:</u></b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Fast Heart Rate (Latido Rapido del Corazon)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Chest Pain (Dolor de Pecho)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Murmur (Soplo o Murmullo)
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Irreg. Heart rate (Latido Irregular del Corazon)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Palpitations (Palpitaciones)			
<b><u>GI:</u></b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Diarrhea (Diarrea)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Constipation (Estrenimiento)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Nausea
<b><u>Gastro:</u></b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Vomiting (Vomito)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Abdominal Pain (Dolor Abdominal)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Blood in Stool (Sangre en el Excremento)
<b><u>GU:</u></b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Frequent Urination (Orina Frecuentemente)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Blood in Urine (Sangre en la Orina)			
<b><u>Urologia:</u></b>									
<b><u>Musculoskeletal</u></b>	<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"/>	Stiffness (Tenso)
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muscle Pain (Dolor Muscular)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Scoliosis (Escoliosis)			
<b><u>Derm:</u></b>	<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"/>	Hair Loss (Perdida de Pelo)
<b><u>Derma:</u></b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Nail Changes (Cambio en las Unas)						

<b>Neurological:</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Weakness (Debilidad)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Seizures (Convulsiones)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Numbness (Entumecimiento)
<b>Neurologico:</b>									
<b>Endo/Meta:</b>	<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 (Perdida de Peso Inexplicable)
<b>Chest/ Pulmonary Pecho/Pulmonar</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Cough (Tos)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Frequent Pneumonia (Pulmonia Frecuentemente)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Chest Tightness (Opresion en el Pecho)

<b>Family History - Historia Familiar</b>		
<b>Y</b>	<b>N</b>	
<b>Relationship to Patient - (Relacion al Paciente)</b>		
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Congenital Heart Disease (Enfermedad cardiaca congenital)
<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 (Miocardiopatia-Dilatada)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Cardiomyopathy-Hypertrophic (Miocardiopatia-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 Presion)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Diabetes (Diabetes)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Heart Attack before age 50 (Ataque al Corazon antes de los 50)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Murmurs (Soplo o Murmullo)

**Favor de notar si alguno de lo siguiente existe en parientes:**

Infarto Cardiaco antes de 50 anos                      Si No \_\_\_\_\_  
 Presion alta    Si No \_\_\_\_\_  
 Defectos Cardiacos    Si No \_\_\_\_\_

**¿Fuma alguien en la casa?**                                      Si No \_\_\_\_\_

Favor de notar cualquier preocupacion con respecto a la salud del paciente:  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_