

Nombre (Name): _____ Fecha (Date): _____

HISTORIA FAMILIAR (Family history)										
FAMILIA (Family) Haga una lista de todos sus parientes vivos o fallecidos. Si no tiene suficiente espacio marque una (X) aquí:	AÑO DE NACIMIENTO Y ESTADO DE SALUD (Year Of Birth/Health Status) Ponga el año de nacimiento de sus parientes y coloque una (X) para indicar si tiene buena o mala salud.			ENFERMEDADES (Illnesses) Marque con una (X) en la columna que corresponde a la enfermedad de la que usted o su pariente padecen o padeció.					FALLECIMIENTOS (Deaths) Si alguno de los parientes que usted anotó ha fallecido, anote la causa de muerte y la edad que tuvo al fallecer en las siguientes columnas.	
	Año de nacimiento (Year of Birth)	Buena Salud (Good)	Mala salud (Poor)	Infarto (Heart Attacks)	Hipertensión (High Blood Pressure)	Tuberculosis	Cáncer	Diabetes	Causa de Muerte (Cause of Death)	Edad (Age)
Padre (Father):										
Madre (Mother):										
Hermanos(as) (Brothers and/or Sisters):										
Espos(a) (Spouse):										
Hijos (Children):										
Abuelos: (índique sólo las enfermedades con una (X).) (Grandparents: (Mark an (X) for illnesses only.))										

ESTILO DE VIDA (Lifestyle)	
☐ Sí (Yes) ☐ No ¿Usa productos de tabaco regularmente? (Do you use tobacco regularly?) ☐ Cigarrillo (Cigarette) ☐ Pipa (Pipe) ☐ Cigarro (Cigar) ☐ Mastica tabaco (Chew) Si es que sí, ¿por cuánto tiempo? (If yes, how long?) _____ ¿Qué cantidad? (How much?) _____ ☐ Sí (Yes) ☐ No ¿Usted toma más de 6 tazas de café al día? (Do you drink over 6 cups of coffee a day?) ☐ Sí (Yes) ☐ No ¿Usted toma bebidas alcohólicas regularmente? (Do you drink alcohol regularly?) ☐ 1oz al día (oz per day) ☐ 2 oz al día (oz per day) ☐ 4 oz al día (oz per day) ☐ Más de 4oz al día (over 4 oz per day) Cerveza: ☐ 1 botella al día (bottle per day) ☐ 2 botellas al día (bottle per day) (Beer) ☐ Más de 2 botellas al día (over 2 bottles per day) Si es que toma alcohol (If you drink alcohol): ☐ Sí (Yes) ☐ No ¿Alguna vez ha sentido la necesidad de reducir la cantidad que toma? (Have you ever felt the need to cut down on your drinking?) ☐ Sí (Yes) ☐ No ¿Alguna vez se ha molestado porque le critican la cantidad que toma? (Have you felt annoyed by criticism about your drinking?) ☐ Sí (Yes) ☐ No ¿Se ha sentido culpable por tomar? (Have you had guilty feelings about your drinking?) ☐ Sí (Yes) ☐ No ¿Se abrocha el cinturón de seguridad regularmente? (Do you wear a seat belt regularly?) ☐ Sí (Yes) ☐ No ¿Está sobrellevando bien el estrés? (Are you coping well with your stress?) ☐ Sí (Yes) ☐ No ¿Con frecuencia se siente usted deprimido(a) o decaído(a) por más de unos días sin ninguna causa aparente? (Do you often feel depressed or down for more than a few days with no apparent cause?)	☐ Sí (Yes) ☐ No ¿Usted trabaja? (Are you employed?) Si es que sí, ¿Cuál es su ocupación? _____ (If yes, what is your occupation?) ¿Cuántas horas trabaja por semana? (How many hours do you work per week?) _____ ☐ Sí (Yes) ☐ No ¿Usted hace ejercicios regularmente? (Do you regularly exercise?) ¿Qué tipo de ejercicios? (How?) _____ ☐ Sí (Yes) ☐ No ¿Usted tiene alguna limitación alimenticia? (Do you have any dietary restrictions?) Si es que sí, ¿Cuál es? (If so, what?) _____ ☐ Sí (Yes) ☐ No ¿Usted tiene sus vacunas al día? (Are you up to date on immunizations?) ¿Cuándo fue la última vez que se puso la vacuna contra el tétano? (When was your last tetanus shot?) _____ ¿La vacuna contra la influenza? (Flu shot?) _____ ¿La vacuna contra la pulmonía? (Pneumonia shot?) _____ ¿Cuántas comidas consume al día? _____ (How many meals do you eat per day?) ¿Cuántas horas duerme al día? _____ (How many hours of sleep do you get per night?) ¿Cuáles son sus pasatiempos y actividades recreacionales principales? (What are your major hobbies and recreational activities?) _____ ¿Cuánto tiempo de ocio se permite al día? _____ (How much recreational time do you allow yourself per day?)

MEDICAMENTOS (Medications)

Escriba aquí los medicamentos que toma (dosis y frecuencia) (List medications that you take (dose and frequency)):

Escriba aquí cualquier alergia que tenga a medicamentos (List allergies to any medications):

ANTECEDENTES MÉDICOS (Past History)

Anote cualquier cirugía que haya tenido (incluya el año en que fue operado(a)) (List any surgeries and the year of occurrence):

Anote cualquier enfermedad significativa que haya padecido y el año en que se enfermó (List any significant diseases and the year of occurrence):

Anote cualquier lesión grave o accidentes y el año que aconteció (List any serious injuries or accidents and the year of occurrence):

REVISIÓN DE LOS SISTEMAS (Marque la casilla apropiada y trace un círculo alrededor de los temas que le gustaría tratar con su médico) (Review Of Systems)

For English speakers: Frecuentemente = Frequently Ocasionalmente = Occasionally Nunca = Never

PIEL (Skin)

¿Alguna vez ha sufrido de problemas de la piel – sarpullido, eczema, acné, cáncer de piel? (Have you had any skin trouble – rashes, eczema, acne, skin cancer?)	☐ Frecuentemente	☐ Ocasionalmente	☐ Nunca
¿Usted tiene alguna neoplasia en la piel o lunares que han aumentado de tamaño o cambiado de color? (Have any skin growths or moles increased in size or changed color?)	☐ Sí (Yes)	☐ No	

Anote cualquier otro problema con la piel (List any other skin problems):

CABEZA (Head)

¿A usted le dan dolores de cabeza fuertes? (Do you have severe headaches?)	☐ Frecuentemente	☐ Ocasionalmente	☐ Nunca
¿A usted le dan episodios de mareo o adormecimiento, hormigueo o debilidad en cualquier parte del cuerpo? (Do you have episodes of dizziness or numbness, tingling or weakness in any part of your body?)	☐ Frecuentemente	☐ Ocasionalmente	☐ Nunca

Anote aquí cualquier otro problema que ha tenido con la cabeza (List any other head problems):

OJOS- OÍDOS (Eyes-Ears)

¿Tiene problemas de audición? (Do you have any trouble hearing?)	☐ Frecuentemente	☐ Ocasionalmente	☐ Nunca
¿Usted usa anteojos o lentes de contacto? (Do you wear glasses or contacts?)	☐ Frecuentemente	☐ Ocasionalmente	☐ Nunca
¿Usted ve doble o pierde la visión temporalmente? (Do you see double or does your eyesight black out?)	☐ Frecuentemente	☐ Ocasionalmente	☐ Nunca

¿Cuándo fue la última vez que tuvo un examen de ojos por un optometrista/oftalmólogo?
(When was the last time you had your eyes examined by an optometrist/ophthalmologist?)

Anote cualquier otro problema con los ojos o los oídos (List any other eye or ear problems):

NARIZ (Nose)

¿Usted tiene algún problema con alergias, estornudos o problemas sinusales? (Do you have any problems with allergies, sneezing or sinuses?)	☐ Frecuentemente	☐ Ocasionalmente	☐ Nunca
--	---	---	--------------------------------

Anote aquí cualquier otro problema con la nariz (List any other nose problems):

BOCA (Mouth)

Anote cualquier problema con la boca (List any mouth problems):

RESPIRATORIO (PECHO) (Respiratory (Chest))			
¿Usted sufre de asma? (Do you have asthma?)	☐ Frecuentemente	☐ Ocasionalmente	☐ Nunca
¿Usted tose? (Do you cough?)	☐ Frecuentemente	☐ Ocasionalmente	☐ Nunca
Cuando tose ¿expectora esputo o flema? (Do you cough up sputum or phlegm?)	☐ Frecuentemente	☐ Ocasionalmente	☐ Nunca
¿Alguna vez ha expectora sangre? (Have you coughed up blood?)	☐ Frecuentemente	☐ Ocasionalmente	☐ Nunca
¿Alguna vez ha tenido tuberculosis o ha vivido con alguien que tenía tuberculosis? (Have you had tuberculosis or lived with someone who had tuberculosis?)	☐ Sí (Yes)	☐ No	
¿Usualmente le falta aire cuando es activo(a)? Dé un ejemplo: _____ (Do you get unusually short of breath with activity? Give an example)	☐ Frecuentemente	☐ Ocasionalmente	☐ Nunca

Anote aquí cualquier otro problema respiratorio (con el pecho): _____
(List any other respiratory (chest) problems)

CARDIOVASCULAR (CORAZÓN) (Cardiovascular (Heart))			
¿Usted padece de hipertensión? (Have you had high blood pressure?)	☐ Sí (Yes)	☐ No	
¿Ha tenido un infarto cardíaco? (Have you had a heart attack?)	☐ Sí (Yes)	☐ No	
¿Siente dolor en el pecho (angina) cuando camina, trabaja o sube las escaleras? (Do you have pains in your chest (angina) when walking, working or climbing stairs?)	☐ Frecuentemente	☐ Ocasionalmente	☐ Nunca
¿Su corazón late irregularmente o rápidamente? (Does your heart beat irregularly or rapidly?)	☐ Frecuentemente	☐ Ocasionalmente	☐ Nunca
¿Alguna vez ha sentido la necesidad de dormir incorporado(a) para poder respirar de noche? (Do you have to prop up in bed at night to breathe?)	☐ Frecuentemente	☐ Ocasionalmente	☐ Nunca
¿Siente calambres en las pantorrillas o los muslos después de caminar? (Do you have cramping in your calves or thighs after walking?)	☐ Frecuentemente	☐ Ocasionalmente	☐ Nunca

Anote aquí cualquier otra preocupación que tenga sobre problemas cardiovasculares: _____
(List any other cardiovascular (heart) concerns)

GASTROINTESTINAL (ESTÓMAGO) (Gastrointestinal (Stomach))			
¿Ha tenido úlceras en el estómago? (Have you had stomach ulcers?)	☐ Sí (Yes)	☐ No	
¿Ha tenido cálculos en la vesícula o problemas de la vesícula? (Have you had gallstones or gallbladder trouble?)	☐ Sí (Yes)	☐ No	
¿Ha tenido ictericia (ojos amarillentos) o hepatitis? (Have you had jaundice (yellow eyes) or hepatitis?)	☐ Sí (Yes)	☐ No	
¿Ha padecido de hemorroides rectales? (Have you had rectal hemorrhoids?)	☐ Sí (Yes)	☐ No	
¿Usted tiene sangrado por el recto? (Do you experience rectal bleeding?)	☐ Frecuentemente	☐ Ocasionalmente	☐ Nunca
¿Usted se estreñe? (Do you experience constipation?)	☐ Frecuentemente	☐ Ocasionalmente	☐ Nunca
¿Usted sufre de indigestión? (Do you experience indigestion?)	☐ Frecuentemente	☐ Ocasionalmente	☐ Nunca

Anote aquí cualquier otro problema gastrointestinal (estómago) que tenga: _____
(List any other gastrointestinal (stomach) problems)

GENITO-URINARIO (RIÑONES) (Genito-Urinary (Kidney))			
¿Algunas vez ha tenido sangre en la orina? (Have you had blood in your urine?)	☐ Frecuentemente	☐ Ocasionalmente	☐ Nunca
¿Tiene problemas para parar o iniciar el flujo de la orina? (Do you have trouble starting or stopping your stream?)	☐ Frecuentemente	☐ Ocasionalmente	☐ Nunca
¿Se levanta más de una vez durante la noche para orinar? (Do you have to get up more than once during the night to urinate?)	☐ Frecuentemente	☐ Ocasionalmente	☐ Nunca
¿Algunas veces pierde el control urinario? (Do you lose control of your bladder?)	☐ Frecuentemente	☐ Ocasionalmente	☐ Nunca
¿Utiliza algún método anticonceptivo? ¿Cuál?: _____ (Do you use birth control? Which type?)	☐ Sí (Yes)	☐ No	

Anote aquí cualquier otro problema genito-urinario (riñones): _____
(List any other genito-urinary (kidney) problems)

HUESOS – ARTICULACIONES – MÚSCULOS (Bones – Joint – Muscles)			
¿Le duelen las articulaciones, están hinchadas o rígidas? (Are your joints painfully swollen or stiff?)	☐ Frecuentemente	☐ Ocasionalmente	☐ Nunca
¿Alguna vez ha tenido problemas serios con la espalda? (Have you had serious back trouble?)	☐ Frecuentemente	☐ Ocasionalmente	☐ Nunca
¿Usted padece de artritis? (Do you have arthritis?)	☐ Sí (Yes)	☐ No	

Anote cualquier otro problema con los huesos, las articulaciones o los músculos: _____
(List any other bone, joint, or muscle problems)

ENDOCRINO (GLÁNDULAS) (Endocrine (Glands))		
¿Ha tenido algún problema con la tiroides? (Have you had any thyroid problems?)	☐ Sí (Yes)	☐ No
¿Siempre se siente con hambre o sed? (Are you hungry or thirsty at all times?)	☐ Frecuentemente	☐ Ocasionalmente ☐ Nunca
¿Orina más de lo que cree que debiera? (Do you urinate more than you think you should?)	☐ Frecuentemente	☐ Ocasionalmente ☐ Nunca
¿Ha padecido de gota? (Have you had gout?)	☐ Sí (Yes)	☐ No
¿Padece de diabetes? (Do you have diabetes?)	☐ Sí (Yes)	☐ No
¿Recientemente ha aumentado o perdido peso sin tratar? Si es que sí, ¿cuánto peso? _____ (Have you gained or lost weight recently without trying? If so, how much?)	☐ Sí (Yes)	☐ No

Anote cualquier otro problerna endocrino (List any other endocrine (glands) problems): _____

GENERAL		
¿Ha notado alguna inflamación o protuberancia en su cuello, axilas o ingle? (Have you noticed any swelling or a lump in your neck, armpits or groin?)	☐ Sí (Yes)	☐ No
¿Tiene algún problema para dormirse o permanecer dormido? (Do you have trouble falling asleep or staying asleep?)	☐ Sí (Yes)	☐ No
¿Ha tenido un colapso nervioso? (Have you had a nervous breakdown?)	☐ Sí (Yes)	☐ No

PREGUNTAS ADICIONALES PARA HOMBRES SOLAMENTE (Additional Questions For Men Only)		
¿Alguna vez ha tenido algún problema con la glándula de la próstata? (Have you ever had any prostate gland trouble?)	☐ Sí (Yes)	☐ No
¿Alguna vez ha tenido problemas de erección? (Do you have trouble with erections?)	☐ Sí (Yes)	☐ No

Anote cualquier otro problema de varones (List any other male problems): _____

PREGUNTAS ADICIONALES PARA MUJERES SOLAMENTE (Additional Questions For Women Only)		
¿Sus menstruaciones son irregulares? (Are your periods irregular?)	☐ Frecuentemente	☐ Ocasionalmente ☐ Nunca
¿Padece de muchos cólicos durante su menstruación? (Do you have a lot of cramping with your period?)	☐ Frecuentemente	☐ Ocasionalmente ☐ Nunca
¿Durante este último año ha tenido sangrado vaginal aparte de su menstruación? (Have you, within the past year, had vaginal bleeding other than at the time of a period?)	☐ Sí (Yes)	☐ No
¿Alguna vez ha tenido un bulto en sus senos? (Have you had a lump in your breast?)	☐ Sí (Yes)	☐ No
¿Alguna vez ha estado embarazada? (Have you ever been pregnant?)	Si es que sí, ¿Cuántas veces? _____ (If yes, how many times?)	☐ Sí (Yes) ☐ No
Número de hijos vivos (Number of living children): _____		

¿Cuándo fue el primer día de su última menstruación? _____
(When was the first day of your last period?)

¿Cuándo fue su última prueba de Papanicolaou? _____
(When was your last pap smear?)

Anote cualquier otro problema de mujeres (List any other female problems): _____

DENTAL		
¿Alguna vez ha sentido dolor en la articulación mandibular (dolor enfrente del oído)? (Have you had any pain in your jaw joints (pain in front of your ear)?)	☐ Frecuentemente	☐ Ocasionalmente ☐ Nunca

¿Cuándo fue su última examinación dental? (When was your last dental exam?) _____

INFORMACIÓN ADICIONAL (Additional Information)
--

Por favor anote cualquier otra inquietud o cualquier otro problema (Please list any other concerns or problems):