

Formulario de antecedentes de paciente nuevo

New Patient History Form

NOMBRE DEL PACIENTE _____ **Fecha de nacimiento** _____
PATIENT NAME *DOB*

Razón de la visita de hoy / *Reason for today's visit:* _____

Alergias / *Allergies:* _____

Medicamentos actuales / *Current Medications:*

Medicamento <i>Medication</i>	Dosis <i>Dose</i>	Frecuencia <i>Frequency</i>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

¿Toma aspirina, Plavix o diluyentes de la sangre? / *Do you take Blood Thinners, Plavix or Aspirin?*

Nombre del paciente _____ **Fecha de nacimiento** _____
Patient Name _____ *DOB* _____

Encierre en un círculo las opciones siguientes que correspondan a sus antecedentes de salud.
Please circle any of the following that apply to your health history

- | | |
|---|---|
| Hipertensión / <i>Hypertension</i> | Accidente cerebrovascular / <i>Stroke</i> |
| Convulsiones / <i>Seizures</i> | Migrañas / <i>Migraines</i> |
| Anemia / <i>Anemia</i> | Cáncer de pulmón / <i>Lung Cancer</i> |
| Cáncer de mama / <i>Breast Cancer</i> | Cáncer de colon / <i>Colon Cancer</i> |
| Cáncer de piel / <i>Skin Cancer</i> | Otro tipo de cáncer / <i>Other Cancer</i> |
| Hipertiroidismo / <i>Hyperthyroid</i> | Hipotiroidismo / <i>Hypothyroid</i> |
| Diabetes / <i>Diabetes</i> | Úlcera péptica o estomacal / <i>Stomach or peptic ulcer</i> |
| Enfermedad renal / <i>Kidney Disease</i> | Hepatitis / <i>Hepatitis</i> |
| VIH/SIDA / <i>AIDS/HIV</i> | Enfermedad de transmisión sexual / <i>Sexually transmitted disease</i> |
| Asma / <i>Asthma</i> | Tuberculosis / <i>Tuberculosis</i> |
| Neumonía / <i>Pneumonia</i> | Enfisema / <i>Emphysema</i> |
| Anomalías cardíacas / <i>Heart Abnormalities</i> | Insuficiencia cardíaca congestiva / <i>Congestive Heart Failure</i> |
| Ataque cardíaco / <i>Heart Attack</i> | Enfermedad de la válvula mitral / <i>Mitral Valve Disease</i> |
| Colesterol alto / <i>High Cholesterol</i> | Soplo cardíaco / <i>Heart Murmur</i> |
| Enfermedad de la arteria coronaria / <i>Coronary Artery Disease</i> | Palpitaciones cardíacas / <i>Heart Palpitations</i> |
| Enfermedad de válvula cardíaca / <i>Heart Valve Disease</i> | Hernia hiatal/enfermedad por reflujo gastroesofágico (GERD) / <i>Hiatal Hernia/GERD</i> |
| Otra enfermedad pulmonar / <i>Other Lung Disease</i> | Pancreatitis / <i>Pancreatitis</i> |
| Cálculos biliares / <i>Gallstones</i> | Colon espástico / <i>Spastic Colon</i> |
| Colitis / <i>Colitis</i> | Infecciones renales / <i>Kidney Infections</i> |
| Cálculos renales / <i>Kidney Stones</i> | Osteoartritis / <i>Osteoarthritis</i> |
| Artritis reumatoidea / <i>Rheumatoid Arthritis</i> | Enfermedad cutánea / <i>Skin Disease</i> |
| Osteoporosis / <i>Osteoporosis</i> | Anemia / <i>Anemia</i> |
| Coágulos de sangre/flebitis / <i>Phlebitis/blood clots</i> | Depresión / <i>Depression</i> |
| Trastornos hemorrágicos / <i>Bleeding disorder</i> | Urticaria, eccema / <i>Hives/Eczema</i> |
| Ansiedad / <i>Anxiety</i> | Infecciones de la vejiga / <i>Bladder Infections</i> |
| Transfusiones de sangre / <i>Blood Transfusions</i> | Hernia / <i>Hernia</i> |
| Hemorroides / <i>Hemorrhoids</i> | Problemas de espalda / <i>Back problems</i> |

Otros problemas / *Any other issues:* _____

Nombre del paciente _____ **Fecha de nacimiento** _____
Patient Name *DOB*

Antecedentes familiares / Family History

<i>Edad si vive</i> <i>Age if living</i>	<i>Edad al morir</i> <i>Age at death</i>	<i>Problemas de salud</i> <i>Health Problems</i>
---	---	---

Padre / Father _____

Madre / Mother _____

Hermanos / Brothers _____

Hermanas / Sisters _____

Hijos / Children _____

Antecedentes sociales / Social History

¿Fuma? / Do you smoke? _____

En caso afirmativo, ¿cuánto por día? / If so, how much per day _____

¿Bebe alcohol? / Do you drink alcohol? _____

En caso afirmativo, ¿cuántas bebidas por día? / If so, how many drinks per day _____

¿Consume drogas recreativas? / Do you use recreational drugs? _____

En caso afirmativo, ¿con qué frecuencia? / If so, how often _____

Cirugías anteriores / Previous Surgeries

Nombre del paciente _____ **Fecha de nacimiento** _____
Patient Name _____ *DOB* _____

¿En este momento presenta alguna(s) de las siguientes dolencias? / *Are you currently experiencing any of the following?*

Constitución / Constitution:

Fiebre / *Fever* Escalofríos / *Chills* Pérdida de peso / *Weight loss*

Fatiga / *Fatigue* Sudoración / *Sweating* Debilidad / *Weakness*

Piel / Skin:

Erupción cutánea / *Skin Rash* Picazón / *Itching*

Cabeza, oídos, nariz y garganta / HENT:

Dolores de cabeza / *Headaches* Pérdida de la audición / *Hearing Loss*

Congestión / *Congestion* Dolor de garganta / *Sore Throat*

Afecciones cardiovasculares / Cardiovascular:

Dolor en el pecho / *Chest Pain* Palpitaciones / *Palpitations*

Dificultad para respirar / *Shortness of breath*

Claudicación (dolor de pantorrilla al caminar) / *Claudication (calf pain with walking)*

Hinchazón en las piernas / *Leg swelling*

Afecciones respiratorias / Respiratory:

Tos / *Cough* Tos con sangre / *Coughing up blood*

Producción de esputo / *Sputum production*

Dificultad para respirar / *Shortness of breath* Sibilancias / *Wheezing*

Afecciones gastrointestinales / Gastrointestinal:

Acidez / *Heart Burn* Náuseas / *Nausea* Vómitos / *Vomiting*

Dolor abdominal / *Abdominal pain* Diarrea / *Diarrhea*

Estreñimiento / *Constipation* Sangre en las heces / *Blood in Stool*

Heces negras pegajosas / *Black Sticky stools*

Nombre del paciente _____ **Fecha de nacimiento** _____
Patient Name _____ *DOB* _____

Afecciones genitourinarias / Genitourinary:

Dolor al orinar / *Pain with urination* Urgencia para orinar / *Urgency with urination*

Orinas frecuentes / *Frequency with urination* Sangre en la orina / *Blood in urine*

Dolor en el flanco / *Flank pain*

Afecciones musculoesqueléticas / Musculoskeletal:

Dolores musculares / *Muscle pains* Dolor de cuello / *Neck pain* Dolor de espalda / *Back pain*

Dolor en las articulaciones / *Joint Pain* Caídas / *Falls*

Endo/hema/alergias / Endo/Hemo/Allergies:

Sangrado o formación de hematomas con facilidad / *Easy bruising or bleeding*

Alergias ambientales / *Environmental Allergies*

Sed excesiva / *Excessive thirst*

Afecciones neurológicas / Neurological:

Mareos / *Dizziness* Hormigueo / *Tingling* Temblores / *Tremor*

Cambios sensoriales / *Sensory changes* Cambios en el habla / *Speech Changes*

Debilidad focal / *Focal weakness* Convulsiones / *Seizures*

Pérdida de conciencia (desmayos) / *LOC (Passing out)*

Afecciones psiquiátricas / Psychiatric:

Depresión / *Depression* Ideas suicidas / *Suicidal Ideas*

Abuso de sustancias / *Substance abuse* Alucinaciones / *Hallucinations*

Nerviosismo / *Nervousness* Insomnio / *Insomnia*

Firma / *Signature* _____