

**Nombre del Paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Medicamentos (Nombre, Dosis and Frecuencia)**

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_
7. \_\_\_\_\_
8. \_\_\_\_\_
9. \_\_\_\_\_
10. \_\_\_\_\_

**(Favor solicitar una pagina adicional si es necesario)**

**Nombre de su Farmacia:** \_\_\_\_\_ **Numero Telefónico:** \_\_\_\_\_

**Alergias: (Medicamentos o Alimentos)** \_\_\_\_\_

**Vacunas: (Fecha que fueAdministrado)**

**Influenza anual (Vacuna Contra la Gripe):** \_\_\_\_\_

**Vacuna Contra la Neumonia-Pneumovax (En los ultimos 5 años)**

**Otra:** \_\_\_\_\_

**Lista de su Medico Primario u Otros**

- |          |          |
|----------|----------|
| 1. _____ | 3. _____ |
| 2. _____ | 4. _____ |

Repaso de Sistemas								
Constitutional	Fiebre	Si	No	Genitourinary	Urgencia al Orinar	Si	No	
	Aumento de Peso	Si	No		Ardor o Dolor al Orinar	Si	No	
	Perdida de Peso	Si	No		Sangre en la Orina	Si	No	
	Fatiga	Si	No		Orina con Frecuencia	Si	No	
	Escalofrios	Si	No		Dificultad Orinando	Si	No	
	Debilidad	Si	No		Espuma en la Orina	Si	No	
				Incontinencia	Si	No		
HEENT	Discapacidad Visuales	Si	No		Orina en la Noche Frecuentemente	Si	No	
	Catarata	Si	No					
	Dolor en los Ojos	Si	No	Musculoskeletal	Dolor de Espalda	Si	No	
	Enrojecimientos de los Ojos	Si	No		Dolor en el Cuello	Si	No	
	Incapacidad para ver y reconocer los colores	Si	No		Dolor en las coyunturas	Si	No	
	Perdida de Audición	Si	No		Dolor en los Musculos	Si	No	
	Vision Doble	Si	No		Debilidad en Brasos	Si	No	
	Dolor de Oído	Si	No		Izquierdo	Si	No	
	Sinusitis	Si	No		Derecho	Si	No	
	Dolor de Garganta	Si	No		Ambos	Si	No	
Sangrado por la nariz	Si	No	Debilidad en las Piernas		Si	No		
Dolor de Cabeza	Si	No	Izquierdo		Si	No		
Ronquera	Si	No	Derecho	Si	No			
Sonido en los Oídos	Si	No	Ambos	Si	No			
Mareos	Si	No						
				Dermatologia	Erupción	Si	No	
Respiratorio	Falta de Aire	Si	No		Picazón	Si	No	
	Descanzando	Si	No		Decamacion del la piel	Si	No	
	Con Actividad	Si	No		Sequedad	Si	No	
	Dolor al Respirar	Si	No		Cambio de Color	Si	No	
	Tos	Si	No					
	Silbido en el Pecho	Si	No	Neurologico	Adormecimiento	Si	No	
Tos con Sangre	Si	No	Temblores		Si	No		
Sudoración en la noche	Si	No	Convulsiones		Si	No		
			Hormigueo		Si	No		
Cardiovascular	Dolor de Pecho	Si	No			Mareos	Si	No
	Palpitación	Si	No					
	Dolor de piernas al caminar	Si	No	Psiquiatrico	Depresión	Si	No	
	Falta de Aire mientras esta acostado	Si	No		Insomnio	Si	No	
Edema	Si	No	Ansiedad		Si	No		
Dificultad al Respirar mientras estas acostado	Si	No						
				Endocrino	Intolerancia de Calor	Si	No	
Gastrointestinal	Dolor Abdominal	Si	No		Intolerancia de Frio	Si	No	
	Nausea	Si	No		Sed en Exceso	Si	No	
	Diarrea	Si	No		Orina en Exceso	Si	No	
	Acidez	Si	No					
	Vomitos	Si	No	Hematologia /	Sangrado de Encias	Si	No	
	Estrenimiento	Si	No		Oncologia	Moretones	Si	No
Anorexia	Si	No						
Problemas al Tragar	Si	No	Inmunologia/	Alergias de medio ambiente	Si	No		
Indigestion	Si	No		Alergia	Urticaria	Si	No	

Historial Clínico Familiar							
Enfermedad	Padre	Si	No	Gota	Padre	Si	No
De Los Riñones	Madre	Si	No		Madre	Si	No
	Hermano/a	Si	No		Hermano/a	Si	No
	Hijo/a	Si	No		Hijo/a	Si	No
Diabetes	Padre	Si	No	Riñones	Padre	Si	No
	Madre	Si	No	Poliquísticos	Madre	Si	No
	Hermano/a	Si	No		Hermano/a	Si	No
	Hijo/a	Si	No		Hijo/a	Si	No
Hipertensión	Padre	Si	No	Demencia	Padre	Si	No
	Madre	Si	No		Madre	Si	No
	Hermano/a	Si	No		Hermano/a	Si	No
	Hijo/a	Si	No		Hijo/a	Si	No
Cardiopatía Isquémica	Padre	Si	No		Vive	Si	No
	Madre	Si	No	Padre	A Que Edad		
	Hermano/a	Si	No		Fallecio	Si	No
	Hijo/a	Si	No		Causa de Muerte		
Cáncer	Padre	Si	No		Se Deconoce		
	Madre	Si	No	Madre	Vive	Si	No
	Hermano/a	Si	No		Se desconoce	Si	No
	Hijo/a	Si	No				
Derrame Cerebral	Padre	Si	No		A Que Edad		
	Madre	Si	No		Causa de Muerte		
	Hermano/a	Si	No				
	Hijo/a	Si	No				
Historia Social Del Paciente							
Uso de Cigarro	Usa Actualmente	Si	No	Uso de alcohol	Toma Actualmente	Si	No
	Cuantos paquetes al Día	Si	No		Ocasionalmente	Si	No
	Fumabas Antes	Si	No		1-2 Tragos por Día	Si	No
	Tabaco	Si	No		3 o mas Tragos por Día	Si	No
	Cigarros	Si	No		Tomaba Anteriormente	Si	No
	Otro	Si	No		1-2 Tragos por Día	Si	No
Quando Descontinuo			3 o mas Tragos por Día	Si	No		
Nunca Fumó	Si	No	Nunca Tomó	Si	No		
CORREO ELECTRONICO:							