

Nombre: _____ **Fecha:** _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Teléfono de la farmacia: _____

Médico de atención primaria: _____ Teléfono de atención primaria: _____

Fuente de referencia _____

Razón de la visita de hoy: _____

Es debido a una lesión: SÍ NO → Si es sí, fecha de la lesión: _____

Reclamación de CT: SÍ NO → Empleador: _____

Accidente de vehículo a motor: SÍ NO ¿Representado por un abogado? SÍ NO

MARQUE TODOS LOS PROBLEMAS DE SALUD ACTUALES Y ANTERIORES:

Estatura: _____			Peso: _____		
Trastorno de ansiedad:	SÍ	NO	Ataque cardíaco	SÍ	NO
Asma	SÍ	NO	Hepatitis	SÍ	NO
Trastorno bipolar:	SÍ	NO	Alta presión sanguínea	SÍ	NO
Tendencia a sangrado	SÍ	NO	Enfermedades de los riñones	SÍ	NO
Coágulos de sangre	SÍ	NO	Piedras en los riñones	SÍ	NO
Cáncer	SÍ	NO	SARM	SÍ	NO
Stents cardíacos	SÍ	NO	Osteoartritis	SÍ	NO
Problemas cardíacos	SÍ	NO	Osteoporosis	SÍ	NO
Diente Charcot Marie	SÍ	NO	Neuropatía periférica	SÍ	NO
Claustrofobia	SÍ	NO	Problemas respiratorios	SÍ	NO
¿Actualmente embarazada?	SÍ	NO	Artritis reumatoide	SÍ	NO
Desfibrilador/marcapasos	SÍ	NO	Escoliosis	SÍ	NO
Depresión	SÍ	NO	Trastorno de convulsiones	SÍ	NO
Diabetes tipo 1	SÍ	NO	Apnea del sueño c/uso de CPAP	SÍ	NO
Diabetes tipo 2	SÍ	NO	Apnea del sueño, sin CPAP	SÍ	NO
EDS y/o POTS	SÍ	NO	Derrame	SÍ	NO
Gota	SÍ	NO	Trastorno de la tiroides	SÍ	NO
VIH	SÍ	NO	Úlceras/ERGE	SÍ	NO

ENUMERE TODOS LOS MEDICAMENTOS ACTUALES (INCLUYENDO LOS DE

Nombre:	Dosis (si la conoce):	Condición:	Nombre:	Dosis (si la conoce):	Condición:
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

ALERGIAS:

¿Padece alguna alergia a **MEDICAMENTOS**? SÍ NO Si es sí, enumere a continuación incluyendo la reacción:

Medicamento: _____	Reacción: _____	Severidad: Leve	Moderada	Severa
Medicamento: _____	Reacción: _____	Severidad: Leve	Moderada	Severa
Medicamento: _____	Reacción: _____	Severidad: Leve	Moderada	Severa
Medicamento: _____	Reacción: _____	Severidad: Leve	Moderada	Severa

¿Padece **alergia al látex**? SÍ NO Reacción: _____

Nombre: _____

ENUMERE TODAS LAS CIRUGÍAS:

_____	Fecha: _____	Fecha: _____
_____	Fecha: _____	Fecha: _____
_____	Fecha: _____	Fecha: _____

ENUMERE TODOS LOS ACCIDENTES/ENFERMEDADES SERIAS:

_____	Fecha: _____	Fecha: _____
-------	--------------	--------------

HISTORIAL FAMILIAR:

Familiar	Edad:	¿Problemas de salud? (Enumere)	Si falleció, edad y causa del fallecimiento:
Madre:	_____	_____	_____
Padre:	_____	_____	_____
Hermano/a:	_____	_____	_____
Hermano/a:	_____	_____	_____
Hijo/a: Hijo/a:	_____	_____	_____

HISTORIAL SOCIAL:

¿Cuenta con instrucciones anticipadas? SÍ NO

Estatus de fumador: Nunca Ex fumador Actualmente todos los días Actualmente algunos días Lo desconoce

Fuma - ¿Cuánto? 1 P/S 2 P/S 1/4 P/D 1/2 P/D 1 P/D 2 P/D 3+ P/D

Ocupación: _____

Estado civil: Desconocido Casado/a Soltero/a Divorciado/a Viudo/a Pareja Doméstica

Ingesta de alcohol: Nada Ocasional Moderado Mucho

¿Cuántos días durante el año pasado tomó más de 4 bebidas (mujeres) o 5 bebidas (hombres)? _____

Predominio de mano: DERECHA IZQUIERDA ¿Vive sólo/a o con otros? SOLO/A CON OTROS

Actividades deportivas: _____

REVISIÓN DE SISTEMAS

Responda a cada pregunta con un Sí o un No y agregue cualquier comentario relevante

General	Fiebre:	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Piel	erupción	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
	Aumento de peso	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Neurológico	Dolores de cabeza frecuentes/severos	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
	Si es sí, ¿cuánto?	_____		Mareo	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
	Pérdida de peso	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		Temblores (estremecimiento)	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
	Si es sí, ¿cuánto?	_____		Parálisis	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Oído, nariz, boca, garganta	Anormalidad de dientes	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Psiquiátrico	Lapso o pérdida de memoria	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
	Dolor de AMJ	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Sistema sanguíneo	Inflamación de extremidades	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Cardiovascular	Dolor de pecho	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		Tendencia a sangrado	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
	Pulso cardíaco rápido o irregular	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		Moretones con facilidad	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Respiración	Tos crónica/persistente	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		Sangrado anormal	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
	Falta de aliento	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		Transfusión de sangre pasada	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Genitourinario	Dificultad para orinar	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Ojos	Usa actualmente lentes	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
	Sangre en la orina	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		Usa lentes de contacto	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Musculoesquelético	Fracturas múltiples	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		Escoliosis	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO