

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