



Historial Médico

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Motivo de la visita: _____

Farmacia predilecta: _____

Farmacia predilecta de venta por correo: _____

Historial Social

Estado civil: SOLTERO-A CASADO-A VIUDO-A SEPARADO-A DIVORCIADO-A

Máximo nivel de educación: _____ Ocupación: _____

Employer: _____

Por favor marque todos los problemas pertinentes a su historial médico:

Problemas con las glándulas suprarrenales	Diverticulitis	Hipertiroidismo
Abuso del alcohol/ Adicción	Abuso de drogas/ Adicción	Enfermedad renal
Anemia/ Recuento sanguíneo bajo	Epilepsia/ Convulsiones	Cálculos renales
Ansiedad	Enfermedad de la vesícula biliar	Enfermedad del hígado
Artritis	Problemas visuales: _____	Enfermedad pulmonar
Asma	Gota	Problemas menstruales
Enfermedad de la vejiga	Fiebre del Heno/ Alergias de temporada	Migrañas – Dolores de cabeza
Tendencia al sangrado	Problemas auditivos	Neumonía
Trastornos sanguíneos	Enfermedad del corazón/ Ataques	Problemas de la glándula pituitaria
Problemas intestinales	Hemorroides	Fiebre reumática
Bronquitis	Hepatitis	Enfermedades de la piel
Cáncer	Defectos hereditarios	Cáncer de la tiroides
Problemas de calcio	Hernia	Tuberculosis (TB)
Depresión	Presión sanguínea alta	Úlceras
Abuso del alcohol/ Adicción	Hiperparatiroidismo	Otro: _____
Diabetes – Tipo 1 o Tipo 2	Hipotiroidismo	Otro: _____

Historial Ginecológico y Obstétrico, si es el caso:

Ciclo Menstrual:

Edad del primer ciclo menstrual: _____ Primer día del último ciclo menstrual: _____

Frecuencia: _____ Sangrado fuerte: SI NO

Duración: _____ Sangrado excesivo: SI NO

¿Ha llegado a la menopausia? SI NO Año: _____

Número de embarazos: _____ Nacimientos: _____ Abortos espontáneos: _____ Abortos provocados: _____

¿Es alérgico a alguna cosa? ¿especialmente a alguna medicina?

Medicinas	Tipo de reacción

Hospitalizaciones

Cirugías

Año	Motivo	Año	Motivo

Estado de fumador: NUNCA MASTICA TABACO PREVIAMENTE, PERO DEJÓ DE FUMAR
 ACTUALMENTE _____ paquetes/diarios

¿Consume bebidas alcohólicas? SI NO ¿Qué cantidad?: _____

¿Usa Drogas de la calle? NUNCA PREVIAMENTE, PERO LAS DEJÉ Tipo de drogas: _____

Historial Familiar

	VIVOS		FALLECIDOS	
	Edad	Salud actual/Problemas de salud	Edad del fallecimiento	Motivo del fallecimiento
Padre				
Madre				

	Vivos #	Salud actual/ Problemas de salud	Fallecidos #	Causa del fallecimiento
Hermanos				
Hermanas				
Hijos				



Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Revisión de síntomas de pacientes nuevos

ENCIERRE EN UN CÍRCULO si ha tenido **RECIENTEMENTE** o tiene **ACTUALMENTE** alguno de los siguientes síntomas:

General	Fiebre, fatiga, escalofrío, anorexia, aumento de peso sin intención (¿cuántas libras? _____ ¿en qué periodo de tiempo? _____), pérdida de peso sin intención (¿cuántas libras? _____ ¿en qué periodo de tiempo? _____).
Cabeza / Rostro	Presión o dolor facial.
Ojos	Enrojecimiento en los ojos, ojos llorosos, comezón en los ojos, visión borrosa, visión doble, pérdida de la visión.
Nariz/ Garganta	Dolor de oídos, pérdida de audición, disminución en la audición, congestión nasal, dolor de garganta, ronquera en la voz, dificultad para tragar (¿le sucede esto al comer comidas sólidas, líquidas, o en ambos casos?). Dolor sobre la glándula tiroides, nuevos bultos o protuberancias sobre la glándula tiroides.
Cardiovascular	Dolor en el pecho, palpitaciones, corazón acelerado, aturdimiento, hinchazón en las piernas.
Pulmonar	Dificultad respiratoria durante el reposo, dificultad para respirar durante las actividades, tos.
Gastrointestinal	Dolor abdominal, distensión abdominal, náusea, vómito, diarrea, estreñimiento, sangre en las heces.
Genitourinario	Ardor al orinar, aumento en la frecuencia para orinar, aumento en la urgencia para orinar, sangre en la orina.
Musculoesquelético	Dolor en las articulaciones, dolor muscular generalizado, dolor de espalda, caídas.
Piel	Sarpullido, heridas o lesiones, comezón generalizada en la piel, piel amarillenta.
Neurológico	Dolores de cabeza frecuentes, mareos, desmayos, adormecimiento, hormigueo, debilidad en un solo lado del cuerpo.
Psiquiátrico	Insomnio (¿Tiene dificultad para quedarse dormido o para permanecer dormido?), ansiedad que empeora, irritabilidad, depresión.
Endocrino	Orina mucho, tiene sed todo el tiempo, sofoco, sudores nocturnos, temblores, intolerancia al calor, intolerancia al frío, sudoración excesiva, cabello quebradizo, uñas quebradizas.
Hematológico/ Linfático	Glándulas hinchadas, glándulas hinchadas en el cuello, sangrado fácil, se forman moretones con facilidad, ictericia.
Reproductivo	Falta de deseo sexual, dificultad para tener una erección, sangrado menstrual fuerte, ausencia o disminución de la menstruación.