

| Síntomas | Historial médico pasado | Historial quirúrgico |
|--|---|--|
| <p>Síntomas que tiene ahora <i>Marque todo lo que corresponda a usted</i></p> <p>(piernas) durante el reposo</p> <p><input type="checkbox"/> Hinchazón de la pierna inferior</p> <p><input type="checkbox"/> Falta de aliento por la noche</p> <p><input type="checkbox"/> Falta de aliento cuando está acostado</p> <p><input type="checkbox"/> Palpitaciones</p> <p><input type="checkbox"/> Desmayos</p> | <p>Condiciones previamente diagnosticadas o tratadas</p> <p><input type="checkbox"/> Trombosis venosa profunda</p> <p><input type="checkbox"/> Hiperlipidemia</p> <p><input type="checkbox"/> Hipertensión</p> <p><input type="checkbox"/> Prolapso de la válvula mitral</p> <p><input type="checkbox"/> Soplo</p> <p><input type="checkbox"/> Infarto de miocardio</p> <p><input type="checkbox"/> Enfermedad vascular periférica</p> <p><input type="checkbox"/> Flebitis</p> <p><input type="checkbox"/> Fiebre reumática</p> <p><input type="checkbox"/> Infección de la herida esternal</p> <p><input type="checkbox"/> Venas varicosas</p> <p><input type="checkbox"/> Vasculitis</p> <p><input type="checkbox"/> Enfermedad venosa</p> <p><input type="checkbox"/> Insuficiencia venosa</p> <p><input type="checkbox"/> Otro: _____</p> | <p>Operaciones / Procedimientos</p> <p><input type="checkbox"/> Cirugía a corazón abierto</p> <p><input type="checkbox"/> Marcapasos</p> <p><input type="checkbox"/> Desfibrilador</p> <p><input type="checkbox"/> Bypass (revascularización)</p> <p><input type="checkbox"/> Reemplazo de stent</p> <p><input type="checkbox"/> Cirugía subfascial endoscópica de venas</p> <p><input type="checkbox"/> Reemplazo de válvula</p> <p><input type="checkbox"/> Decapado de venas</p> <p><input type="checkbox"/> Otro: _____</p> |
| <p>Oídos/Nariz/Boca/Garganta</p> <p><input type="checkbox"/> Pérdida auditiva</p> <p><input type="checkbox"/> Goteo nasal</p> <p><input type="checkbox"/> Pérdida del olfato</p> <p><input type="checkbox"/> Sangre de nariz</p> <p><input type="checkbox"/> Problemas dentales</p> <p><input type="checkbox"/> Sangrado de encías</p> <p><input type="checkbox"/> Pérdida del gusto</p> <p><input type="checkbox"/> Infecciones actuales</p> <p><input type="checkbox"/> Ronquera</p> <p><input type="checkbox"/> Ganglios linfáticos dolorosos</p> <p><input type="checkbox"/> Resfriados frecuentes</p> <p><input type="checkbox"/> Dolor de garganta</p> <p><input type="checkbox"/> Congestión nasal</p> <p><input type="checkbox"/> Dificultad para limpiar los oídos</p> | <p><input type="checkbox"/> Sinusitis crónica</p> <p><input type="checkbox"/> Barotrauma</p> <p><input type="checkbox"/> Disfagia (dificultad para tragar)</p> <p><input type="checkbox"/> Faringitis</p> <p><input type="checkbox"/> Sinusitis</p> <p><input type="checkbox"/> Tímpano perforado</p> <p><input type="checkbox"/> Tinnitus (zumbido en los oídos)</p> <p><input type="checkbox"/> Disfunción de la trompa de Eustaquio</p> <p><input type="checkbox"/> Otro: _____</p> | <p><input type="checkbox"/> Cirugía del oído</p> <p><input type="checkbox"/> Miringotomía</p> <p><input type="checkbox"/> Ecuilización de presión / Colocación de tubo</p> <p><input type="checkbox"/> Otro: _____</p> |
| <p>Endocrino</p> <p><input type="checkbox"/> Intolerancia al frío</p> <p><input type="checkbox"/> Hambre excesiva</p> <p><input type="checkbox"/> Micción excesiva</p> <p><input type="checkbox"/> Pérdida de cabello</p> | <p><input type="checkbox"/> Enfermedad suprarrenal</p> <p><input type="checkbox"/> Uso de cortisona</p> <p><input type="checkbox"/> Diabetes gestacional</p> | <p><input type="checkbox"/> Tiroidectomía</p> <p><input type="checkbox"/> Otro: _____</p> |

| Síntomas | Historial médico pasado | Historial quirúrgico |
|---|---|--|
| <p>Síntomas que tiene ahora <i>Marque todo lo que corresponda a usted</i></p> <p><input type="checkbox"/> Intolerancia al calor <input type="checkbox"/> Otro: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Sed excesiva</p> <p><input type="checkbox"/> Aumento del cabello</p> | <p>Condiciones previamente diagnosticadas o tratadas</p> <p><input type="checkbox"/> Hipotiroidismo (tiroides bajo)</p> <p><input type="checkbox"/> Diabetes Tipo I</p> <p><input type="checkbox"/> Diabetes Tipo II</p> <p><input type="checkbox"/> Uso de insulina</p> <p><input type="checkbox"/> Otro: _____</p> | <p>Operaciones / Procedimientos</p> |
| <p>Ojos</p> <p><input type="checkbox"/> Visión borrosa</p> <p><input type="checkbox"/> Ojo seco</p> <p><input type="checkbox"/> Sensibilidad a la luz</p> <p><input type="checkbox"/> Cambios en la visión</p> <p><input type="checkbox"/> Lagrimeo excesivo</p> <p><input type="checkbox"/> Manchas</p> <p><input type="checkbox"/> Luces intermitentes</p> <p><input type="checkbox"/> Anteojos/Lentes de contacto</p> <p><input type="checkbox"/> Dolor en los ojos</p> <p><input type="checkbox"/> Otro: _____</p> | <p><input type="checkbox"/> Cataratas</p> <p><input type="checkbox"/> Glaucoma</p> <p><input type="checkbox"/> Degeneración macular</p> <p><input type="checkbox"/> Neuritis óptica</p> <p><input type="checkbox"/> Retinopatía</p> <p><input type="checkbox"/> Otro:</p> | <p><input type="checkbox"/> Remoción de cataratas</p> <p><input type="checkbox"/> Lasik</p> <p><input type="checkbox"/> Otro: _____</p> |
| <p>Gastrointestinal (GI)</p> <p><input type="checkbox"/> Incontinencia intestinal</p> <p><input type="checkbox"/> Cambio en los hábitos intestinales</p> <p><input type="checkbox"/> Indigestión</p> <p><input type="checkbox"/> Ictericia</p> <p><input type="checkbox"/> Vómitos</p> <p><input type="checkbox"/> Náuseas</p> <p><input type="checkbox"/> Diarrea</p> <p><input type="checkbox"/> Estreñimiento</p> <p><input type="checkbox"/> Sangrado rectal</p> <p><input type="checkbox"/> Pérdida de apetito</p> <p><input type="checkbox"/> Hemorroides</p> <p><input type="checkbox"/> Reflujo ácido</p> <p><input type="checkbox"/> Heces con sangre</p> | <p><input type="checkbox"/> Cirrosis</p> <p><input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn</p> <p><input type="checkbox"/> Diverticulitis</p> <p><input type="checkbox"/> Trastorno alimentario</p> <p><input type="checkbox"/> Úlceras gástricas</p> <p><input type="checkbox"/> Gastritis</p> <p><input type="checkbox"/> Enfermedad por reflujo gastroesofágico (GERD)</p> <p><input type="checkbox"/> Sangrado GI</p> <p><input type="checkbox"/> Hemorroides</p> <p><input type="checkbox"/> Hepatitis</p> <p><input type="checkbox"/> Hernia de hiato</p> <p><input type="checkbox"/> Pancreatitis</p> <p><input type="checkbox"/> Enfermedad ulcerosa péptica (PUD)</p> <p><input type="checkbox"/> Colitis ulcerosa</p> <p><input type="checkbox"/> Proctitis por radiación</p> <p><input type="checkbox"/> Gastroparesia</p> <p><input type="checkbox"/> Cáncer de colon</p> <p><input type="checkbox"/> Piedras de vesícula biliar</p> <p><input type="checkbox"/> Otro: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Incontinencia fecal</p> <p><input type="checkbox"/> Enfermedad inflamatoria intestinal</p> | <p><input type="checkbox"/> Gastrostomía</p> <p><input type="checkbox"/> Colectomía</p> <p><input type="checkbox"/> Apendicectomía</p> <p><input type="checkbox"/> Resección de colon</p> <p><input type="checkbox"/> Colostomía</p> <p><input type="checkbox"/> Ileostomía</p> <p><input type="checkbox"/> Fístula</p> <p><input type="checkbox"/> Polipectomía</p> <p><input type="checkbox"/> Reparación de hernia</p> <p><input type="checkbox"/> Hemorroidectomía</p> <p><input type="checkbox"/> Otro: _____</p> |

| Síntomas | Historial médico pasado | Historial quirúrgico |
|---|---|---|
| <p>Síntomas que tiene ahora <i>Marque todo lo que corresponda a usted</i></p> <p>Genitourinario (GU)</p> <p><input type="checkbox"/> Disminución de la fuerza de la corriente</p> <p><input type="checkbox"/> Frecuencia</p> <p><input type="checkbox"/> Urgencia</p> <p><input type="checkbox"/> Incontinencia urinaria</p> <p>Para mujeres:</p> <p><input type="checkbox"/> Ciclos menstruales irregulares</p> <p><input type="checkbox"/> Último ciclo menstrual: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Embarazada</p> <p>Para hombres:</p> <p><input type="checkbox"/> Disfunción eréctil</p> | <p>Condiciones previamente diagnosticadas o tratadas</p> <p><input type="checkbox"/> Fallo renal en etapa terminal</p> <p><input type="checkbox"/> Hemodiálisis</p> <p><input type="checkbox"/> Hipospadias</p> <p><input type="checkbox"/> Enfermedad renal</p> <p><input type="checkbox"/> Cálculos renales</p> <p><input type="checkbox"/> Diálisis peritoneal</p> <p><input type="checkbox"/> Infección del tracto urinario (ITU)</p> <p><input type="checkbox"/> Cistitis por radiación</p> <p><input type="checkbox"/> Enfermedad de transmisión sexual</p> <p>Para mujeres:</p> <p><input type="checkbox"/> Mamografía anormal</p> <p><input type="checkbox"/> Prueba de PAP anormal</p> <p><input type="checkbox"/> Menarquia</p> <p><input type="checkbox"/> Menopausia</p> <p><input type="checkbox"/> Aborto espontáneo</p> <p>Para hombres:</p> <p><input type="checkbox"/> Hiperplasia prostática benigna (HPB)</p> <p><input type="checkbox"/> CORDEE</p> <p><input type="checkbox"/> Cáncer de próstata</p> <p><input type="checkbox"/> Prostatitis</p> <p><input type="checkbox"/> Testículos no descendidos</p> <p><input type="checkbox"/> Otro: _____</p> | <p>Operaciones / Procedimientos</p> <p><input type="checkbox"/> Urostomía</p> <p><input type="checkbox"/> Trasplante de riñón</p> <p>Para mujeres:</p> <p><input type="checkbox"/> Biopsia de seno</p> <p><input type="checkbox"/> Mastectomía</p> <p><input type="checkbox"/> Cesárea</p> <p><input type="checkbox"/> Histerectomía</p> <p><input type="checkbox"/> Ooforectomía</p> <p><input type="checkbox"/> Ligadura de trompas</p> <p>Para hombres:</p> <p><input type="checkbox"/> Prostatectomía</p> <p><input type="checkbox"/> Circuncisión</p> <p><input type="checkbox"/> Otro: _____</p> |
| <p>Hematológico/Linfático</p> <p><input type="checkbox"/> Moretones</p> <p><input type="checkbox"/> Sangrado / trastornos de coagulación</p> <p><input type="checkbox"/> Tendencia al sangrado</p> <p><input type="checkbox"/> Transfusión de</p> <p><input type="checkbox"/> Glándulas inflamadas</p> <p><input type="checkbox"/> Hinchazón</p> | <p><input type="checkbox"/> Anemia</p> <p><input type="checkbox"/> Terapia anticoagulante</p> <p><input type="checkbox"/> Lipidemia</p> <p><input type="checkbox"/> Linfadenopatía</p> <p><input type="checkbox"/> Linfedema</p> <p><input type="checkbox"/> Anemia de células falciformes</p> <p><input type="checkbox"/> Otro: _____</p> | <p><input type="checkbox"/> Esplenectomía</p> <p><input type="checkbox"/> Otro: _____</p> |

| Síntomas | Historial médico pasado | Historial quirúrgico |
|---|--|---|
| Síntomas que tiene ahora <i>Marque todo lo que corresponda a usted</i> | Condiciones previamente diagnosticadas o tratadas | Operaciones / Procedimientos |
| sangre <input type="checkbox"/> Ganglios linfáticos agrandados | | |
| Tegumentario (cabello/piel/uñas) <input type="checkbox"/> Cambio: cabello, uñas, piel <input type="checkbox"/> Sequedad <input type="checkbox"/> Lesiones <input type="checkbox"/> Erupción <input type="checkbox"/> Alergias en la piel <input type="checkbox"/> Sensibilidad al sol <input type="checkbox"/> Callos <input type="checkbox"/> Bultos <input type="checkbox"/> Propenso a rasgones de la piel <input type="checkbox"/> Hiperpigmentación <input type="checkbox"/> Llagas | <input type="checkbox"/> Alopecia <input type="checkbox"/> Eccema <input type="checkbox"/> Infección micótica <input type="checkbox"/> Malignidad <input type="checkbox"/> Onicomycosis <input type="checkbox"/> Esclerodermia <input type="checkbox"/> Psoriasis <input type="checkbox"/> Celulitis <input type="checkbox"/> Otro: _____ | <input type="checkbox"/> Escisión de uñas de los pies <input type="checkbox"/> Biopsia de piel <input type="checkbox"/> Injerto de piel <input type="checkbox"/> Colgajo de piel <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| Musculoesquelético <input type="checkbox"/> Dolor de espalda <input type="checkbox"/> Contracturas <input type="checkbox"/> Deformidades <input type="checkbox"/> Dolor muscular <input type="checkbox"/> Desgaste muscular <input type="checkbox"/> Debilidad muscular <input type="checkbox"/> Dispositivos de asistencia <input type="checkbox"/> Hinchazón articular <input type="checkbox"/> Dolor en las articulaciones | <input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> Gota <input type="checkbox"/> Fractura de cadera <input type="checkbox"/> Enfermedad degenerativa del disco <input type="checkbox"/> Osteoartritis <input type="checkbox"/> Osteomielitis <input type="checkbox"/> Osteoporosis <input type="checkbox"/> Otra fractura <input type="checkbox"/> Fibromialgia <input type="checkbox"/> Otro: _____ | <input type="checkbox"/> Alargamiento del tendón de Aquiles <input type="checkbox"/> Amputación <input type="checkbox"/> Cirugía de espalda <input type="checkbox"/> Cirugía del pie <input type="checkbox"/> Hardware quirúrgico implantado <input type="checkbox"/> Reemplazo articular <input type="checkbox"/> Cirugía de tendones/ligamentos <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| Neurológico <input type="checkbox"/> Marcha anormal <input type="checkbox"/> Mareos <input type="checkbox"/> Pérdida de sensación protectora <input type="checkbox"/> Entumecimiento <input type="checkbox"/> Hormigueo <input type="checkbox"/> Temblores <input type="checkbox"/> Debilidad <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza <input type="checkbox"/> Parálisis <input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> Síncope <input type="checkbox"/> Debilidad unilateral <input type="checkbox"/> Pérdida de la memoria | <input type="checkbox"/> Afasia <input type="checkbox"/> Esclerosis lateral amiotrófica (ELA) <input type="checkbox"/> Lesión de trauma del SNC <input type="checkbox"/> Neuropatía diabética <input type="checkbox"/> Epilepsia <input type="checkbox"/> Lesión en la cabeza / Pérdida de la conciencia <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular hemorrágico <input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple <input type="checkbox"/> Afasia receptiva | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

| Síntomas | | Historial médico pasado | Historial quirúrgico |
|---|--|---|---|
| Síntomas que tiene ahora <i>Marque todo lo que corresponda a usted</i> | | Condiciones previamente diagnosticadas o tratadas | Operaciones / Procedimientos |
| | | <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular <input type="checkbox"/> Ataque isquémico transitorio (TIA) <input type="checkbox"/> Neuropatía <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> Paraplegia <input type="checkbox"/> Cuadriplegia | |
| Oncológico (Cáncer) | | <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Recibió quimioterapia <input type="checkbox"/> Recibió radiación <input type="checkbox"/> Inmunoterapia <input type="checkbox"/> Quimioterapia hormonal | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| Psiquiátrico <input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Claustrofobia <input type="checkbox"/> Insomnio <input type="checkbox"/> Nerviosismo / Tensión | <input type="checkbox"/> Restricciones <input type="checkbox"/> Suicida <input type="checkbox"/> Pérdida de la memoria <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Alzheimer's <input type="checkbox"/> Anxiety <input type="checkbox"/> Demencia <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Psicosis <input type="checkbox"/> Bajo atención psiquiátrica <input type="checkbox"/> Paranoia <input type="checkbox"/> Esquizofrenia <input type="checkbox"/> Otro: _____ | <input type="checkbox"/> Other: _____ |
| Respiratorio <input type="checkbox"/> Tos <input type="checkbox"/> Hemoptisis <input type="checkbox"/> Falta de respiración | <input type="checkbox"/> Sibilancias <input type="checkbox"/> Uso de oxígeno | <input type="checkbox"/> Radiografía de tórax anormal <input type="checkbox"/> Síndrome de dificultad respiratoria aguda <input type="checkbox"/> Aspiración <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Bronquitis crónica <input type="checkbox"/> EPOC <input type="checkbox"/> Enfisema <input type="checkbox"/> Neumonía <input type="checkbox"/> Neumotórax <input type="checkbox"/> Prueba de TB positiva <input type="checkbox"/> Embolia pulmonar <input type="checkbox"/> Apnea del sueño | <input type="checkbox"/> Resección pulmonar <input type="checkbox"/> Trasplante de pulmón <input type="checkbox"/> Cirugía torácica <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

| Síntomas | Historial médico pasado | Historial quirúrgico |
|--|---|---|
| Síntomas que tiene ahora <i>Marque todo lo que corresponda a usted</i> | Condiciones previamente diagnosticadas o tratadas <input type="checkbox"/> Tuberculosis <input type="checkbox"/> Infección respiratoria superior <input type="checkbox"/> Otro: _____ | Operaciones / Procedimientos |
| Historia de la herida <input type="checkbox"/> Antibióticos recientes (últimas 6 semanas) <input type="checkbox"/> Cultivo de la herida <input type="checkbox"/> Tratamiento tópico <input type="checkbox"/> Rayos X <input type="checkbox"/> Biopsia <input type="checkbox"/> Descarga | <input type="checkbox"/> Úlcera del pie diabético <input type="checkbox"/> Gangrena <input type="checkbox"/> Úlcera venosa de la pierna <input type="checkbox"/> Entumecimiento o pies fríos <input type="checkbox"/> Otro: _____ | <input type="checkbox"/> Desbridamiento(s) <input type="checkbox"/> Injerto / Colgajo de piel <input type="checkbox"/> Terapia de oxígeno hiperbárico <input type="checkbox"/> Zapatos a la medida <input type="checkbox"/> Colchón de aire <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| Historial familiar <input type="checkbox"/> Historial desconocido <input type="checkbox"/> Ojos <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca <input type="checkbox"/> Esferocitosis hereditaria <input type="checkbox"/> Hipertensión <input type="checkbox"/> Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar <input type="checkbox"/> Enfermedad mental <input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular <input type="checkbox"/> Tiroides <input type="checkbox"/> Enfermedad renal | |

Historial Social

Consumo de alcohol

Consumo de tabaco

Consumo de cafeína

Consumo ilícito de drogas

Ocupación: _____

Estado civil: _____

Hijos: _____

Preocupaciones culturales, religiosas o lingüísticas: _____

- Preocupaciones financieras: _____
- Necesidades de comida, ropa o refugio: _____
- Sistemas de soporte: _____
- Preocupaciones de transporte: _____
- Objeto a productos sanguíneos: _____
- No puede cuidarse a sí mismo: _____
- Ropa, vivienda y/o denegación de atención médica: _____