

## Historial de salud del paciente

Por favor, usa solo tinta azul o negra

Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento.: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Sexo: M F      Altura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Lateralidad: R L

Médico de atención primaria: \_\_\_\_\_ Médico remitente: \_\_\_\_\_

¿Qué problema te trajo a nuestra oficina hoy?

---



---

¿Cuánto tiempo llevas con este problema? (Especifica la fecha de la lesión) \_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia ocurre? \_\_\_\_\_

¿Tu problema está relacionado con el trabajo o con un accidente de coche? Si es así, ¿cuándo? \_\_\_\_\_

¿Puedes describir tus síntomas? (dolores, agudos, punzantes, etc.)

---



---

¿Qué empeora sus síntomas?

---



---

Circule el número que mejor describa tu nivel actual de dolor.

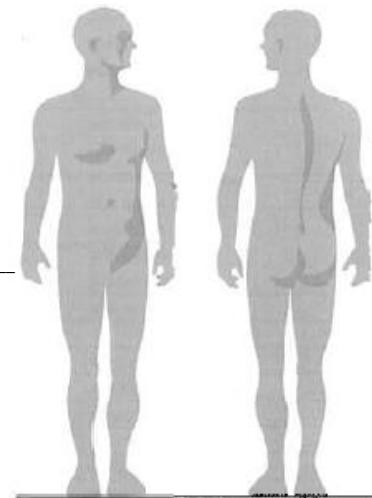
Sin dolor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 peor dolor

¿Qué tratamientos ha intentado ya?

	Eficaz	Algo	No Efectivo	Peor	Fecha
Fisioterapia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Medicamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Calor / Hielo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Inyección	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Reposo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Estudios diagnósticos: ¿Qué pruebas se han realizado? (Enumere las fechas)

Resonancia magnética \_\_\_\_\_ tomografía computarizada \_\_\_\_\_ radiografías \_\_\_\_\_ EMG \_\_\_\_\_



Rodea la zona de arriba que duele  
Zonas de sombra con  
entumecimiento o hormigueo

Solo para uso de la oficina: Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Presión arterial: \_\_\_\_\_

**Historial médico pasado:** Por favor, marque cualquier problema médico que tenga o hayas tenido en el pasado.

- |   |   |  |   |  |
|---|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hipertensión           | <input type="checkbox"/> Diabetes               | <input type="checkbox"/> Enfisema/EPOC         | <input type="checkbox"/> Asma                 | <input type="checkbox"/> TB            |
| <input type="checkbox"/> Ictus/AIT              | <input type="checkbox"/> Enfermedades cardíacas | <input type="checkbox"/> Angina                | <input type="checkbox"/> Reumatoide           | <input type="checkbox"/> Fibromialgia  |
| <input type="checkbox"/> Colesterol alto        | <input type="checkbox"/> Aneurisma              | <input type="checkbox"/> Úlcera estomacal      | <input type="checkbox"/> Hepatitis            | <input type="checkbox"/> Reflujo ácido |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad tiroidea    | <input type="checkbox"/> Osteoporosis           | <input type="checkbox"/> Trastorno convulsivo  | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal     |  |
| <input type="checkbox"/> Actualmente embarazada | <input type="checkbox"/> Depresión              | <input type="checkbox"/> Trastorno hemorrágico | <input type="checkbox"/> Reacción a anestesia |  |

Otra enfermedad psiquiátrica (tipo): \_\_\_\_\_

Cáncer (tipo): \_\_\_\_\_

Otras enfermedades médicas (describir): \_\_\_\_\_

Razones por las que no puede hacerte una resonancia magnética: \_\_\_\_\_

**Alergias a medicamentos:** Enumera cualquier alergia a medicamentos que hayas experimentado.  Sin alergias

Nombre	Reacción	Nombre	Reacción
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

¿Alguna alergia conocida al yodo/Betadine/Colorante intravenoso:  Sí  No

**Medicamentos:** Haga una lista de los medicamentos y la dosis que toma.

Nombre	Dosificación	¿Con qué frecuencia	Nombre	Dosificación	¿Con qué frecuencia
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

**Antecedentes familiares:** Por favor, marque cualquier problema médico que exista en su familia.

	Diabetes	Hipertensió n	Enfermeda d cardíaca	Golpe	Enfermeda d mental	Cáncer	Trastorno hemorrágic o	Enfisema/E POC
Padre	<input type="checkbox"/>							
Madre	<input type="checkbox"/>							
Hermanos	<input type="checkbox"/>							
Hija(s)	<input type="checkbox"/>							
Hijo(s)	<input type="checkbox"/>							
Abuelo paterno	<input type="checkbox"/>							
Abuela paterna	<input type="checkbox"/>							
Abuelo materno	<input type="checkbox"/>							
Abuela materna	<input type="checkbox"/>							
Tía	<input type="checkbox"/>							
Tío	<input type="checkbox"/>							

**Historia social:**

¿Cuál es tu estado civil actual?  Soltero  Casado  Divorciado  Viudo

¿Cuál es su ocupación actual? \_\_\_\_\_

¿Cuál es su situación laboral actual?  A tiempo completo  A tiempo parcial  Servicio limitado  Incapaz de trabajar  Sin empleo

La última fecha en la que trabajé fue: \_\_\_\_\_ he estado de baja por discapacidad desde: \_\_\_\_\_

¿Fuma tabaco?  Sí  No, ¿cuántos paquetes al día? \_\_\_\_\_ ¿Por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

¿Consume alcohol?  Sí  No ¿Cuánto? \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha tenido problemas con el alcohol en el pasado?  Sí  No ¿Cuándo? \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha consumido drogas ilegales?  Sí  No ¿Cuándo? \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha tenido un problema de adicción a los analgésicos narcóticos?  Sí  No ¿Cuándo? \_\_\_\_\_

**Historial quirúrgico pasado:** Por favor, indique cualquier cirugía que haya tenido en el pasado con la fecha aproximada.

---



---



---



---



---



---



---



---

Tu farmacia: \_\_\_\_\_

**Revisión de los síntomas de los últimos seis meses:** Comprueba (✓) los signos/síntomas que estás experimentando.

Constitucional:	Cardiovascular/respiratorio:	Urinario:	Musculoesquelético	Alergia:
<input type="checkbox"/> Aumento de peso	<input type="checkbox"/> Dolor en el pecho (angina)	<input type="checkbox"/> Dificultad para orinar	<input type="checkbox"/> Calambres en las piernas	<input type="checkbox"/> Estacional
<input type="checkbox"/> Pérdida de peso	<input type="checkbox"/> Palpitaciones	<input type="checkbox"/> Incontinencia urinaria	<input type="checkbox"/> Hinchazón	<input type="checkbox"/> Cinta
<input type="checkbox"/> Fiebre	<input type="checkbox"/> Arritmia cardíaca	<input type="checkbox"/> Urgencia	<input type="checkbox"/> Articulaciones doloridas	<input type="checkbox"/> Metal
<input type="checkbox"/> Escalofríos	<input type="checkbox"/> Dificultad para respirar	<b>Neurológico:</b>	<input type="checkbox"/> Pérdida de músculo	Cabeza/orejas/nariz/garganta:
<input type="checkbox"/> Disfunción sexual	Ojos:	<input type="checkbox"/> Incapacitación	<input type="checkbox"/> Hematomas	<input type="checkbox"/> Jaqueca
Gastrointestinal:	<input type="checkbox"/> Visión borrosa	<input type="checkbox"/> Pérdida de memoria	Piel:	<input type="checkbox"/> Pérdida auditiva
<input type="checkbox"/> Dolor abdominal	<input type="checkbox"/> Visión doble	<input type="checkbox"/> Confusión	<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Drenaje nasal
<input type="checkbox"/> Diarrea	<input type="checkbox"/> Pérdida de visión	<b>Psiquiátrico:</b>	<input type="checkbox"/> Sarpullido	
<input type="checkbox"/> Estreñimiento		<input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/> Úlcera	
<input type="checkbox"/> Incontinencia intestinal		<input type="checkbox"/> Manía		
<input type="checkbox"/> Sangre en las heces		<input type="checkbox"/> Otro		

¿Qué médico(s) están tratando estas condiciones? \_\_\_\_\_

Escala PEG Evaluación de la intensidad e interferencia del dolor  
(Dolor, Disfrute, Actividad General)

Circule el número que mejor describa tu dolor promedio en la última semana.

Sin dolor    0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10    peor dolor

Circule el número que mejor describa cómo el dolor ha interferido con tu disfrute de la vida en la última semana.

No interfiere    0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10    Interfiere completamente

Circule el número que mejor describa cómo el dolor ha interferido con tu actividad general en la última semana.

No interfiere    0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10    Interfiere completamente

*Puntuación PEG:* \_\_\_\_\_

Por la presente certifico que la información anterior es correcta según mi mejor conocimiento. No haré responsable a mi(s) médico(s) ni a ninguno de su personal por ningún error u omisión que haya cometido al completar este formulario.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_