

Forma de Historia Medica

Nombre de Paciente

Atenido un problema de los siguientes?

Marque circuls asi: Si No

MOSTRADO SISTEMA CONSTITUCIONAL

Fiebre Si No

Perdida de peso No Si

Perder apetito Si No

Fatiga Si No

OIDO

Perder el oir Si No

Timbre o sonido Si No

Mareos Si No

Infecciones Si No

Descarga liquido Si No

NARIS

Trauma Si No

Obstruccion Si No

Ronquidos Si No

Descarga liquido Si No

Sangrar Si No

Goteo de nariz Si No

GARGANTA

dolor de garganta Si No

Dificulta pasar Si No

Amigdalitis Si No

Cambio de voz Si No

Carraspera/Ronquera Si No

SINUS

Dolor Si No

Hincharse Si No

Presion Si No

Frecuent infecciones Si No

DENTAL

Corona Si No

Conducto radicular Si No

Conjunta mandibular Si No

Trauma Si No

OJOS

Vista borrosa Si No

Doble vision Si No

Vista descenso Si No

RESPIRATORIO

Toser/solta sangre Si No

Tuberculosis Si No

Falta de aliento Si No

Sibilancias Si No

CARDIOVASCULAR

Dolor de pecho Si No

Fiebre reumatico Si No

Ataque al corazon Si No

Alto colesterol Si No

Alta presion Si No

Edema pierna Si No

Murmullo Si No

Palpitacion Si No

GENITOURINARIO

Pierdas en los riñones Si No

Infeccion Si No

Tumor Si No

Infeccion de la vejiga Si No

Urinaria retencion Si No

Incontinencia Si No

ENDOCRINO

Problemas del tiroid Si No

Perdida de peso Si No

Aumento de peso Si No

Diabetes Si No

Intolerancia al frio/calor Si No

NEUROLOGICO

Ataque Si No

Epilepsia Si No

Ataques al cuerpo Si No

Migraña Si No

PSYCRIATA

Depresion Si No

Preocupacion Si No

Enfermedad mental Si No

Alcoholismo Si No

Dependencia a la droga Si No

Enfermedad

Hipertension y activia Si No

GASTROINTESTINAL

Ictericia Si No

Enfermedad del igado Si No

Dolor del estomago Si No

Estrenimiento Si No

Diarrea Si No

Reflujo Si No

Ulcera Si No

MUSCULOESQUELETICOArtritis Si NoProblema de la espalda Si NoDolor del pescuezo Si No**ALERGIA/INMUNOLOGICO**Asma Si NoFiebre del hene Si NoUrticaria Si NoEccema Si NoGarganta rasposa Si NoSida Si NoVirus del sida Si NoInmune deficiencia Si No**DEERMATOLOGIA**Sarpullido Si NoReseca o delicados de la piel Si NoUrticaria Si NoCanar del piel Si No**HEMATOLOGIA**Moreton Si NoHepatitis C Si NoGlandula hinchadas Si No**HISTORIA SOCIAL**Ocupasion: Empleado DesempleadoUsa alcol Si NoUsa Droga Si NoHumo de la segunda mano Si NoCafeina Si NoTobaco oral Si No**HISTORIA FAMILIAR****Alguien de la familia historial tenido algun problema de lo siguiente?**

Perder el oir

Enfermedad del corazon Si NoDiabetis Si NoReacion a la Anastesia Si NoCoronario del Miocardio Si NoCancer Si NoProblems de hemorragia Si NoHipertension Si NoGota Si NoAtaque al corazon Si NoLupus Si No