**Historial Clínico Confidencial del Paciente** **Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_**

#### *Historia Personal*

**Marque Uno: Divorciado Casado Soltero Separado Viudo Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_ /\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_

**Edad:** \_\_\_\_\_\_

**Primer Nombre**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Segundo Nombre**: \_\_\_\_\_\_\_\_ **Apellido: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Genero:** **Masculino/ Femenino**

**Dirección:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Apt #** \_\_\_\_\_\_\_

**Cuidad:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_\_ **Código Postal:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Condado:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **País:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Teléfono de casa:** (\_\_\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Teléfono Celular:**(\_\_\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Seguro Social #: \_\_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fax #: (\_\_\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Licencia de Conducir #: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nombre de Cónyuges: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Edad de Hijos:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Empleador***

**Nombre de Empresa**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Ocupación/Titulo:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Dirección de Empresa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Numeró de Empresa:**(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Tipo de Trabajo:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

#### ¿Cómo se entero acerca de nosotros? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Contacto de Emergencia***

**Nombre:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Número de Teléfono:(\_\_\_\_\_\_\_)\_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Relación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

¿**Quién es responsable de su factura?**

 **Yo Compensación al Trabajador Seguro de Auto Medicare Medicaid**

 **Otro (ser específicos):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Seguro de Salud Personal:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Número de Tarjeta #:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nombre del Asegurado:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Numero del Grupo:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento del Asegurado:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Medico Primario:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Seguro Social del Asegurado #:** \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_ **Farmacia:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ESTADO DE SALUD ACTUAL**

**Queja Principal (Por qué está aquí hoy):**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Use las letras de abajo para indicar el tipo**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Y la ubicación de las sus sensaciones:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **D=Dolor A=Ardiente E=Entumecimiento**

##  H=Hormigueo P=Puñalada O=Otro

## POR FAVOR MARQUE EN EL DIAGRAMA DE LA ZONA DE INCOMODIDAD

 **→ → → → → → →**

¿**Cuándo comenzó esta condición?** \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**¿Se la ha ocurrido antes? Yes No**

**¿Cuándo? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Es la Condición: Relacionado a auto Relacionado al trabajo**

 **Sin lesiones Otro**

**Explicar:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Fecha de accidente:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Tiempo que ocurrió el accidente**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Queja/ Recha de inicio del dolor:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Si es relacionado al trabajo:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**¿Has visto a otros médicos para esta enfermedad? Sí No En caso afirmativo, ¿Quién? (Nombre)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Ubicación de la oficina: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tipo de tratamiento:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**¿Quedó satisfecho con los resultados de su tratamiento? Sí No Explicar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**¿Está tomando algún medicamento recetado? Sí No. En caso afirmativo, por favor, marca o lista de abajo (sea específico).**

 **Medicamentos para las alergias Anti-depresivos medicamentos para la presión Insulina**

 **Relajantes Musculares pastillas para los nervios Analgésicos**

 **Otros (por favor sea específico): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**¿Usa alguna de las siguientes? Sí No.**

**En caso afirmativo, por favor marque: elevaciones de talón del pie Suelas soportes para el arco aparatos ortopédicos**

**Por favor escriba cualquier otra condición que considereque debemos saber sobre - incluso si no está relacionada: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**A continuación se muestra una lista de enfermedadesque pueden parecer sin relación con el propósito de sunombramiento. Sin embargo, estas preguntas deben ser contestadas con cuidado ya que los problemas pueden afectar a su curso general de la atención.
REVISIÓN DE SISTEMAS - Por favor, llene todas las secciones, aunque "negar".**

**Constitucional: Yo… Niego cualquier cuestión constitucional (s)**

**escalofríos  somnolencia durante el día (somnolencia)  fatiga  fiebre  sudores nocturnos**

**El aumento de peso  Pérdida de Peso**

**Ojos / Visión: Yo ...  Niego cualquier problema de los ojos o Visión**

**Ceguera  Visión borrosa Cataratas  Cambio en la visión  Visión doble**

**Dolor en los ojos  Cortes de campo (defecto del campo visual) Glaucoma  Picazón (alrededor de los ojos)**

**fotofobia  Lagrimeo  Usa lentes o lentes de contacto**

**Oídos, Nariz y Garganta: Yo ...  Niego cualquier problema de Oídos, Nariz y Garganta (s)**

**Sangrado  Implantes dentales  Dentaduras  Dificultad para tragar  Descarga**

**Mareos Secreción del oído  Infección del oído (s)  Dolor de oído  Desmayos**

**Dolores de cabeza  Lesiones de la Cabeza (historia de)  Pérdida Auditiva  Ronquera  La pérdida del olfato**

**Congestión nasal  hemorragias nasales (frecuentes)   Mensaje goteo nasal  rinorrea (secreción nasal**

**Sinusitis  ronquidos  dolor de garganta (frecuente)  tinnitus (zumbido en los oídos)  Problemas de TMJ**

**Respiración:  Yo ...  Niego cualquier problema respiratorio (s)**

**Asma  Tos  Tos con sangre  Dificultad para respirar  Tabique Producción  Sibilancias**

**Cardiovascular: Yo ...  Niego cualquier problema cardiovascular (s)**

**La angina de pecho (dolor en el pecho o malestar )  Dolor en el Pecho  Claudicación (dolor en las piernas o Dolores)**

**Corazón Murmor  Problemas del corazón  Ortopnea (dificultad para respirar mientras se está acostado**

**Palpitaciones latidos irregulares o fuertes del corazón)**

**Paroxística disnea nocturna (despertarse por la noche con dificultad para respirar)**

**Dificultad para respirar con esfuerzo o ejercicio**

**Hinchazóndelas piernas  Ulceras  Varices**

**Gastrointestinales:**  **Yo ...  Niego cualquier problema gastrointestinal (s)**

**Dolor abdominal Eructos Negra, Alquitrandas Estreñimiento Diarrea**

 **Difcultad para Tragar Ardor de Estomago Hemorroides Indigestion Ictericia**

 **Nauseas Sangrado rectal Calibre de las heces anormales (de calidad) Color anormal de las heces**

 **Consistencia anormal de las heces Vomitos Vomito de Sangre**

**Mujer: Yo ...  niego cualquier cuestión femenina (s)**

 **Terapia de control de nacimento Tumores de seno/ o dolor Ador al orinar Colicos Urination Frecuente**

 **Terapia Hormonal Menstruacion Irregular Retencion de orina Sangrando Vaginal Secrecion Vaginal**

**Hombre: Yo ...  niego cualquier asunto de hombres (s)**

 **Ardor al Orinar Disfucion Erectil Urination frecuente Vacilacion/Conduccion Problemas de prostata**

 **Retencion de orina**

**Endocrino: Yo ...  niego cualquier problema endocrino(s)**

 **Intolerancia al Frio Diabetes Apetitio Excesivo Hambre Excesiva Sed Excesiva**

 **Unrination Frecuente Bocio Perdida del pelo Intolerancia al calor**

 **Crecimento inusual del pelo Cambios en la Voz.**

**Piel:  Yo ...  niego cualquier problema de la piel (s)**

 **Cambios en texture de unas Cambios en color de piel Crecimiento del cabello Perdida del Pelo Uticaria Comezon**

 **Parestesia (Entumecimiento, cosquilleo, o hormigueo) Erupcion Historial de Trastornos de la piel**

 **Lesiones en la piel o ulceras Varices**

**Sistema nervioso:  Yo ...  niego cualquier problema del sistema nervioso (s)**

 **Dizziness Debilidad facial Dolor de cabeza Debilidad de extremidades Perdida de conciencia**

 **Perdida de la Memoria Adormecimiento Convulsiones Trastornos del sueño Discurso Arrastrado**

 **Estres Strokes Tremblores Inesabilidad de la marcha**

**Psicológico:  Yo ...  Denegar los problemas psicológicos**

 **Anhedonia (incapacidad para disfrutar la vida) Ansiedad Camdios en apetito Cambios de comportamiento**

 **Desorden bioplar Confusion Convulsiones Depresion Insomnio Perdida de la memoria**

 **Cambios de humor**

**Alergia:  Yo ...  niego cualquier problema de Alergia (s)**

 **Anafilaxia (historial) Intolerancia Alimentaria Comezon Congestion Nasal Estornudos**

**Hematología: Yo ...  niego cualquier problemahematológico (s)**

 **Anemia Sangrado Coagulacion de sangre Transfusuion de sangre Moretones con facilidad Fatigua**

 **Inflamacion de ganglios linfaticos**

**HISTORIA DE SALUD PASADA – Por favor, rellene con cuidado ya que estos problemas pueden afectar a su cusro general de la atencion.**

 **Enfermedades de la Infancia: Yo ...  niego cualquier Enfermedades de la Infancia (s)**

 **ADD Alergias/ Fiebre de heno Asma Dermatitis atopica (eczema) Mojar la cama**

 **Paralisis Cerebral Varicela Depresion Diabetes Infecciones del oido**

 **Exposicion al farmaco del feto Alergias a los Alimentos Dolores de cabeza Hepatitis VIH**

 **Sarampion Paperas Erupcion Escoliosis Convulciones**

**Anemia de celulas falciformes Espina Bifida Otro (por favor describa): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**La enfermedad de adultos: Yo ...  niego cualquierenfermedad de adultos**

 **Alzheimers Anemia Artritis Asma Cancer Varicela**

 **Crohn’s/Colitis SDRC(DSR) ACV (Accidente cerebrovascular) Enfermedad renal quistca**

 **Depresion Diabetes (Insulina) Diabetes (sin insulina) Infecciones del oido (frecuente) Enfisema**

 **Problemas de ojos Fibromialgia Enfermedad de corazon Hepatitis VIH**

 **Hipertension Neumonia gripal Enfermedad hepatica Enfermedad hepatic Lupus eritema (discoide)**

 **Lupus eritema (sistemica) Esclerosis multiple Enfermedad de Parkinson’s Pleuresia Neumonia**

 **Problemas psiquiatricos Escoliosis Convulsiones Herpes Zoster Enfermedades sexuales**

 **Inteno de suicido Problemas de la tirodes Vertigo**

 **Antecedents de sintomas similares a su condicion actual**

 **Otras enfermedades (por favor sea especifico): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Cirugías: Yo ...  Niego cualquier cirugía (s)**

**angioplastia  Apendicectomía  cesárea  cateterismo cardíaco  reparación del túnel carpiano
 bypass de la arteria coronaria  cosmética  D. y C.  Cirugía Dental  la vesícula biliar
 Hemorroidectomía  Reparación de la Hernia  histerectomía  la Reconstrucción de Articulaciones
 Reemplazo de Articulaciones  Laminectomía  Mastectomía  Inserción de un marcapasos
 manguito de los rotadores  fusión espinal**

**Ob / Gyn: Yo ...  niego cualquier problema obstetra / ginecólogo (s)**

**Yo ...  nunca han estado embarazadas  han estado embarazadas en el pasado  estoy embarazada
\_\_\_\_\_ Número de embarazos \_\_\_\_\_ Número de embarazos complicados \_\_\_\_\_ Número de embarazos sin complicaciones
\_\_\_\_\_ Número de abortos involuntarios \_\_\_\_\_ Número de embarazos interrumpidos \_\_\_\_\_ Número de inyecciones epidurales
\_\_\_\_\_ Número de partos por cesarean \_\_\_\_\_ Número de partos vaginales**

**Historia menstrual:  Edad de Inicio \_\_\_\_\_\_\_\_\_
Mi menstruación es  regular   irregular; Actualmente estoy en  Metafase  la Menopausia;
Fecha de la última menstruación \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_**

**Lesiones: Yo ...  niego cualquier lesión (es)**

**lesiones en la espalda  Broken Bones  fuerte caída  fractura  Discapacidad  Lesiones de la Cabeza
 accidentes laborales  lesión de la articulación  laceración severa  accidente de tránsito
 leve / moderada de lesiones de tejidos blandos  graves lesiones de tejidos blandos**

**Vacunas: Yo ...  niego cualquier Inmunización (s)
 DTaP (difteria, tétanos y tos ferina  gripe  la hepatitis A  hepatitis B  la hepatitis C
 influenza  IPV (Polio)  triple vírica sarampión, paperas y rubéola  neumocócica
 PPD (Mantoux Test-TB)  viruela  la tuberculosis  Varivax varicela  tos ferina (tos ferina**

**Condición de Historia Familiar (por favor sea específico)**

 **Familia General** Vivo Fallecido Desarrollado Normal   no significativa de la enfermedad  tiene / tuvo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Padre**  Vivo  Fallecido Desarrollado Normal  no significativa de la enfermedad  tiene / tuvo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Madre** Vivo  Fallecido Desarrollado Normal  no significativa de la enfermedad   tiene / tuvo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Abuelo paterno**  Vivo  Fallecido Desarrollado Normal  no significativa de la enfermedad  tiene / tuvo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**La abuela paterna** Vivo Fallecido Desarrollado  Normal  no significativa de la enfermedad tiene / tuvo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **El abuelo materno** Vivo  Fallecido Desarrollado Normal  no significativa de la enfermedad  tiene / tuvo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **La abuela materna**Vivo  Fallecido Desarrollado Normal  no significativa de la enfermedad   tiene / tuvo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
**Hijo (s)** Vivo Fallecido  Desarrollado Normal  no significativa de la enfermedad   tiene / tuvo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Hija (s)** Vivo Fallecido;  DesarrolladoNormal  no significativa de la enfermedad   tiene / tuvo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Hermano (s)** Vivo  Fallecido  DesarrolladoNormal  no significativa de la enfermedad   tiene / tuvo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Hermana (s)** Vivo Fallecido  DesarrolladoNormal  no significativa de la enfermedad   tiene / tuvo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_**

**Historia Social**

 **Alcohol:   Nunca Consumo  Socialmente   cerveza  licor de vino; \_\_\_\_ oz \_\_\_ vasos;  Día Semana  Mes**

**Dieta (por favor marque todas las que apliquen)  Grasa de alta fibra de alta   Salinidad  con pocas calorías baja en carbohidratos  baja en fibra Bajo en Sal   azúcar baja**

**Educación (por favor marque el nivel más altoterminado):  Preescolar Primaria   MedioSecundaria   Votech**

**En la escuela secundaria no terminó la escuela  Diploma de la Escuela Secundaria   Clases en enseñanza postsecundaria**

**Assoc / Técnico Superior  En la universidad título universitario   En Escuela de Postgrado Postgrado  Doctorado  Otro: \_\_\_**

**Drogas:   negar cualquier uso ilegal de drogas  negar el uso de drogas intravenosas   ¿No usa drogas desde\_\_\_\_\_\_\_\_\_   ¿Ha usado drogas por \_\_\_\_\_\_\_\_
Tabaco:   Denegar el consumo de tabaco   No fumo cigarros, cigarrillos o en pipa   vive con un fumador  Deje de fumar
Fumo ; # \_\_\_\_\_\_\_\_ por  Día  Semana  Mes  Mastico; \_\_\_\_\_\_\_\_\_latas # por   Día  Semana  Año**

**Queja Principal-HEP (Historia de Enfermedad Presente)**

**Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Caso: \_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dr.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Queja Principal**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Área(s) del Cuerpo involucrada(s)**: Cervical Espinal Costillas Pelvis Extremidad Superior Extremidad Baja

**Condición**: Nueva Recurrente Exacerbación Crónica

**Mecanismo de Comienzo:**

 **Auto (ver forma de historia de accidente)**

 **Trabajo… Caída Levantando Fatiga Movimientos Repetitivos Otro (ver forma de historia de accidente)**

 **Otro… Ideología Desconocida Fatiga Uso Repetitivo Dormir Mal Resbalar o Caída**

 **Ninguna Lesión (Ver abajo**)

**Síntomas: Dolor Entumecimiento Rigídez Debilidad**

**Situación: Izquierda / Derecha / Bilateral \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Cualidad: Ardiente Difuso Dolor Apagado Localizado Afilado Tiroteo Punzante**

 **Vibra Tirantez Hormigueo Radiante Otro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Cabeza & Cervical**

**Nivel de Impedimento por Causa de Síntomas (descansando):**

**0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10**

**Nivel de Impedimiento por Causa de Síntomas (con actividad):**

**0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10**

**Espinal, Costillas & Oelvis**

**Nivel de Impedimento por Causa de Síntomas (descansando):**

**0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10**

**Nivel de Impedimiento por Causa de Síntomas (con actividad):**

**0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10**

**Duración: Síntoma(s) Comenzaron: \_\_\_\_\_\_\_\_Síntoma(s) Empeoraron: \_\_\_\_\_\_\_\_\_Síntoma(s) ocurrieron: \_\_\_\_\_\_\_**

 **Síntoma(s) Último Episodio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Lesión Ocurrió: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Accidente Ocurrió: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Cronómetraje: Peor en la: Mañana Tarde Noche Con Actividad Constantemente Intermitentemente**

**Contexto: Mejor Con: Temperatura Caliente Temperatura Fría**

 **Peor Con: Temperatura Caliente Temperatura Fría**

**Señas asociadas con síntomas: Visión Borrosa Depresión Mareos Dolores de Cabeza (ver abajo)**

 **Irritable/ Mal Humor Hormigueo Local Nausea Zumbido en los Oídos Rigidez**

**Dolores de Cabeza: (continuación) Situación: Occipital Parte delantera Temporal Parietal Linux**

 **Calidad: Apagada Afilado Vibra Punzante Aura No Aura**

 **Tipo: Migraña Tensión Agrupado**

**Radiación: Izquierda / Derecha / Bilateral \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Debilidad: Izquierda / Derecha / Bilateral \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Otras Señas Asociadas con los Síntomas: Dolores Mareo Equimósis Extremidades Frías**

 **Fatiga Fiebre Acedía Espasmo de Músculo Nausea Entumecimiento**

 **Piel Pálida Pánico Hormigueo Nariz Tapada Corto de Respiración Rigidez**

 **Sudor Inflamación Vómito Debilidad**

**Factores Modificando**

**Síntomas mejoran con: Inclinarse Frio Calor Masaje Movimiento Descanso**

**Estrechándose Sentándose Parándose Doblándose Caminando Medicinas sin receta**

**Medicinas recetadas Nada Ayuda**

**Síntomas Peor Con: (Notado En Historia Social)**

**Empleo:**

**Ocupación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_ hrs./días de la semana**

**Descripción del trabajo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **Clasificación de trabajo: Sedentario** (<5lbs)  **Liviano** (5-20lbs**)**  **Moderado** (20-50lbs)  **Pesado** (>50 lbs)

**Frecuencia levantando: Constante** (67-100%/dia**)**  **Frecuente** (33-66%/dia)  **Ocasional** (0-32%/dia)

**Postura de levantando: Brazos De Cerca De Rodillas Fuera de Postura DeTorso**

**Posturas de actividad en el trabajo:** (hrs/dia)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  **doblándose:**  |  **escalando:**  |  **rodillas:**  |  **tirando:**  |  **empujando:**  |
|  **estrechándose:**  |  **sentado:**  |  **de pie:**  |  **torsión:**  |  **caminando:**  |

**Actividades repetitivas:** (horas/día)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  **montaje/manipulación fina: \_\_\_\_\_h/d** |  **uso de computadora/escribiendo: \_\_\_\_\_h/d**  |  **agarrar: \_\_\_\_\_ h/d** |
|  **herramientas de manos \_\_\_\_\_h/d** |  **operar el control de máquinas: \_\_\_\_\_ h/d** |  **teléfono: \_\_\_\_\_h/d** |

**Efectos de la condición actual mientras trabaja*:***

 **Ningún efecto** **Leve** (Capaz de realizar)

 **Mod/Sev Mod**  **Sev** (Incapaz de realizar)

**Efectos de la condición actual en pleno desempeño de actividades diarias:**

Ningún efecto Incapaz de realizar

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 0/10 | 1/10 | 2/10 | 3/10 | 4/10 | 5/10 | 6/10 | 7/10 | 8/10 | 9/10 | 10/10 |
| Doblado | **** | **** | **** | **** | **** | **** | **** | **** | **** | **** | **** |
| Cuidar-Familiar Enfermo: | **** | **** | **** | **** | **** | **** | **** | **** | **** | **** | **** |
| Cargar Mercado: | **** | **** | **** | **** | **** | **** | **** | **** | **** | **** | **** |
| Sentarse y pararse:  | **** | **** | **** | **** | **** | **** | **** | **** | **** | **** | **** |
| Subir Escaleras: | **** | **** | **** | **** | **** | **** | **** | **** | **** | **** | **** |
| Manejar:  | **** | **** | **** | **** | **** | **** | **** | **** | **** | **** | **** |
| Uso prolongado de Computadora:  | **** | **** | **** | **** | **** | **** | **** | **** | **** | **** | **** |
| Alimentarse:  | **** | **** | **** | **** | **** | **** | **** | **** | **** | **** | **** |
| Tareas Caseras:  | **** | **** | **** | **** | **** | **** | **** | **** | **** | **** | **** |
| Rodillas: | **** | **** | **** | **** | **** | **** | **** | **** | **** | **** | **** |
| Levantar Niños: | **** | **** | **** | **** | **** | **** | **** | **** | **** | **** | **** |
| Levantar: | **** | **** | **** | **** | **** | **** | **** | **** | **** | **** | **** |
| Cuido de Mascota: | **** | **** | **** | **** | **** | **** | **** | **** | **** | **** | **** |
| Leer (Concentración):  | **** | **** | **** | **** | **** | **** | **** | **** | **** | **** | **** |
| Autocuidado: | **** | **** | **** | **** | **** | **** | **** | **** | **** | **** | **** |
| Bañarse:  | **** | **** | **** | **** | **** | **** | **** | **** | **** | **** | **** |
| Afeitarse: | **** | **** | **** | **** | **** | **** | **** | **** | **** | **** | **** |
| Vestirse:  | **** | **** | **** | **** | **** | **** | **** | **** | **** | **** | **** |
| Actividades Sexuales:  | **** | **** | **** | **** | **** | **** | **** | **** | **** | **** | **** |
| Dormir:  | **** | **** | **** | **** | **** | **** | **** | **** | **** | **** | **** |
| Sentado estático: | **** | **** | **** | **** | **** | **** | **** | **** | **** | **** | **** |
| Parado estático: | **** | **** | **** | **** | **** | **** | **** | **** | **** | **** | **** |
| Caminando: | **** | **** | **** | **** | **** | **** | **** | **** | **** | **** | **** |
| Cuidando del Patio:  | **** | **** | **** | **** | **** | **** | **** | **** | **** | **** | **** |

**Efectos de la condición actual al realizar actividades recreativas**

Ningún efecto Incapaz de realizar

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 0/10 | 1/10 | 2/10 | 3/10 | 4/10 | 5/10 | 6/10 | 7/10 | 8/10 | 9/10 | 10/10 |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |