

# Progressive Surgical Associates

## INFORMACION DE PACIENTE

_____	_____
NOMBRE (PRIMERO, CENTRO, POR ULTIMO)	FECHA DE NACIMIENTO
_____	_____
NOMBRE DE DOCTOR PRIMARIO	NOMBRE DEL DOCTOR QUE LO REFERIO
NOMBRE Y DIRECCION DE SU FARMACIA: _____	

## MEDICAMENTOS

MEDICAMENTOS	DOSIS	FRECUENCIA
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

ESTA TOMADO MEDICAMENTOS ANTICOAGULANTES COMO PLAVIX, COUMADIN, IBUPROFENO?  
 SI  NO SI LOS TOMA, QUALES? \_\_\_\_\_

ESTA TOMANDO MEDICAMENTOS PARA DIETA O HIERBAS NATURALES?  
 SI  NO SI LOS TOMA, QUALES ? \_\_\_\_\_

## HISTORIA MEDICA

TIENE O ALGUNA VES HA TENIDO:

<input type="checkbox"/> ABNORMAL IDADES DE RITMO DEL CORAZON	<input type="checkbox"/> FIBROMIALGIA	<input type="checkbox"/> OSTEOPOROSIS
<input type="checkbox"/> ARTRITIS	<input type="checkbox"/> ATTAQUE DEL CORAZON	<input type="checkbox"/> EMBOLISMO PULMONAR
<input type="checkbox"/> ASMA	<input type="checkbox"/> FALLO CARDIACO	<input type="checkbox"/> TOMA
<input type="checkbox"/> TRASTORNO HEMORRAGICO	<input type="checkbox"/> ALTA PRESION	<input type="checkbox"/> ATTAQUE DEL CORAZON
<input type="checkbox"/> COAGULOS DE SANGRE	<input type="checkbox"/> VIH/SIDA	<input type="checkbox"/> TUBERCULOSIS
<input type="checkbox"/> TRANSFUSION DE SANGRE	<input type="checkbox"/> HIPERTIROIDISMO	<input type="checkbox"/> ULCERA
<input type="checkbox"/> CANCER	<input type="checkbox"/> HIPOTIROIDISMO	<input type="checkbox"/> VARICELA
<input type="checkbox"/> MALFORMACIONES CONGENETICAS	<input type="checkbox"/> ENFERMEDAD RENAL	<input type="checkbox"/> SARAMPION
<input type="checkbox"/> DIABETES	<input type="checkbox"/> PIEDRAS EN EL RINON	<input type="checkbox"/> PAPERAS
<input type="checkbox"/> ALTO COLESTEROL	<input type="checkbox"/> PROBLEMAS HEPATICAS	<input type="checkbox"/> FIEBRE REUMATICA

**ALERGIAS A MEDICAMENTOS**

LISTE CUALQUIER ALERGIAS A MEDICAMENTOS:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES QUIRURGICA**

HA TENIDO ALGUNA DE LAS SIGUIENTES CIRUGIAS?

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> APENDICECTOMIA             | <input type="checkbox"/> OPERACION CESAREA               | <input type="checkbox"/> HISTERECTOMIA VAGINAL         |
| <input type="checkbox"/> CIRUGIA DE LA ESPALDA      | <input type="checkbox"/> VESICULA                        | <input type="checkbox"/> REEMPLAZO DE UNA ARTICULACION |
| <input type="checkbox"/> CIRUGIA DEL CENO           | <input type="checkbox"/> BYPASS GASTRICO/BANDA GASTRICA  | <input type="checkbox"/> CIRUGIA DE OVARIO             |
| <input type="checkbox"/> CIRUGIA DE CATARATAS       | <input type="checkbox"/> BYPASS CORONARIO                | <input type="checkbox"/> TONSILECTOMIA                 |
| <input type="checkbox"/> CIRUGIA DEL COLON O RECTAL | <input type="checkbox"/> CIRUGIA DE HEMORROIDES/LIGADURA | <input type="checkbox"/> OTRAS:                        |
| <input type="checkbox"/> COLONOSCOPIA               | <input type="checkbox"/> HISTERECTOMIA ABDOMINAL         | _____  |

**ANTECEDENTES FAMILIARES**

TIENE LOS SIGUIENTES EN SU FAMILIA:

- |                                 |   |
|---------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> CANCER | <input type="checkbox"/> ENFERMEDADES CARDIACAS |
|---------------------------------|---|

# Progressive Surgical Associates

## AMBITO SOCIAL

ESTADO CIVIL (CIRCULE UNO):

**SOLTERO/A**

**CASADO/A**

**DIVORCIADO/A**

**SEPARADO/A**

**VIUDO/A**

EDUCACION (CIRCULE UNO)

**SECUNDARIA**

**COLEGIO**

**POST-GRADO**

OCUPACION:

\_\_\_\_\_

PREFERENCIA SEXUAL (CIRCULE UNO):

**SEXO OPOSITO**

**MISMO SEXO**

**NINGUNO**

CONSUME ALCOHOL?

SI (CUANTO? \_\_\_\_\_)

ANTERIORMENTE USE ALCOHOL

NUNCA HE USADO ALCOHOL

FUMA?

PRESENTEMENTE FUMO (CUANTO? \_\_\_\_\_)

ANTERIORMENTE FUMABA

NUNCA HE FUMADO

PARA MUJERES:

CANTIDAD DE EMBARAZOS \_\_\_\_\_

CANTIDAD DE ABORTOS ESPONTANEOS \_\_\_\_\_

CANTIDAD DE PARTOS \_\_\_\_\_

CANTIDAD DE ABORTOS \_\_\_\_\_

ALGUNA VES HA USADO:

COCAINA

MARIHUANA

ANFETAS

OTRAS \_\_\_\_\_

CONSUME LO SIGUIENTE?

CAFE

TE

SODA

CHOCOLATE

# Progressive Surgical Associates

## EXAMEN DE SISTEMAS

<b>SINTOMAS GENERALES</b>		<b>GENITOURINARY</b>	
CAMBIO DE PESO RECIENTE	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	ORINA CON SANGRE	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
FIEBRE	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	INCONTINENCIA O GOTEIO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
FATIGA	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	CALCULOS RENALES	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
DOLORES DE CABEZA	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
<b>OFTALMOLOGICOS</b>		<b>MUSCULO-ESQUELETICOS</b>	
USA ANTEOJOS/LENTE DE CONTACTO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	DOLOR ARTICULAR	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
VISION DOBLE O BORROSA	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	RIGIDEZ O HINCHAZON DE ARTICULACIONES	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<b>ENT/OTORRINOLARINGOLOGICOS</b>		DEBILIDAD MUSCULAR/ARTUCULAR	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
ZUMBIDO O PERDIDA AUDITIVA	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	DOLOR DE ESPALDA	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
HEMORRAGIA NASAL	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
ANGINA/ALTERACION DE VOZ	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<b>INTEGUMENTARY (PIEL/PECHO)</b>	
<b>CARDIOVASCULARES</b>		SALPULLIDO O PICAZON	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
SOPLO CARIACO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	VENAS VARICOSAS	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
PROLAPSO DE VALVULA MITRAL	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	SOLOR DE SENO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
RHEUMATIC FEVER	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	BULTO EN EL CENO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
DOLOR DE PECHO/ANGINA DE PECHO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	SECRACION DEL CENO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
PALPITACIONES	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
MARCAPASOS	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<b>NEUROLOGICOS</b>	
ATAQUE CEREBRAL	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	CONVULSIONS OR SEIZURES	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
ATAQUE DEL CORAZON	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	NUMBNESS OR TINGLING SENSATIONS	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
		PARALISIS	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
		ACCIDENTE CEREBROVASCULAR O AIT	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<b>RESPIRATORIOS</b>			
CHRONIC/FREQUENT COUGHS	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<b>PSIQUIATRICOS</b>	
ENFISEMA	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	NERVIOSISMO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
ASMA	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	DEPRESION	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
TUBERCULOSIS	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	INSOMNIO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
NEUMONIA	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	ANSIEDAD	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<b>GASTROINTESTINALES</b>			
PERDIDA DE APETITO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<b>ENDOCRINOLOGICOS</b>	
ALTERACION DE HABITOS INTESTINALE	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	PROBLEMAS HORMONALES/GLANDULARES	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
NAUSEAS O VOMITOS	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	INTOLORENCIA AL FRIO O AL CALOR	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
DIARREA FRECUENTE	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	BOMBA DE INSULINA	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
DOLOR AL DEFECAR	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
CONSTIPACION	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<b>HEMATOLOGICOS/LINFATICOS</b>	
HEMORRAGIA RECTAL/EVACUACION CON SANGRE	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	TENDENCIAS A SANGRAR O TENER MORETONES	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
PERDIDA DE PESO INVOLUNTARIA	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	ANEMIA	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
ICTERICIA	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	FLEBITIS/COAGULOS EN LAS PIERNAS	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
VOMITOS CON SANGRE	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	ANTECEDENTES DE TRANSFUSIONES	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
HEPATITICAS	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	ANTICOAGULANTE/SANGRE DILUYENTES	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Mi firma significa que la informacion que proporcione en este documento, qual incluye mi informacion medica, es correcta y completa, a lo mejor de mi conocimiento.

Firma del paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_