

Historial del Paciente

Healthline Medical Group

15211 Vanowen St. suite 105

Van Nuys, CA 91405

818-997-7711

Nombre del paciente:

Fecha
de cita:

Fecha de nacimiento:

Sexo:

Médico:

MRN:

Historia Médica Anterior

Por favor, marque una "X" en la apropiada caja si alguna vez ha sido diagnosticado con alguna de las siguientes.

- | | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> Coágulos de sangre | <input type="checkbox"/> GERD | <input type="checkbox"/> Infarto del miocardio |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> COPD | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la vesícula | <input type="checkbox"/> Osteoartritis |
| <input type="checkbox"/> Angina | <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> Hepatitis C | <input type="checkbox"/> Osteoporosis |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular | <input type="checkbox"/> Hiperlipidemia | <input type="checkbox"/> Úlcera péptica |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Enfermedad de las arterias coronarias | <input type="checkbox"/> Hipertensión | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn's | <input type="checkbox"/> Intestino irritable | <input type="checkbox"/> Trastorno convulsivo |
| <input type="checkbox"/> Fibrilación auricular | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado | <input type="checkbox"/> Úlcera estomacal/duodenal |
| <input type="checkbox"/> Hipertrofia prostática benigna | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Migraña | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroide |

Antecedentes Quirúrgicos

Por favor, marque una "X" en la apropiada caja si alguna vez ha tenido alguna de las siguientes operaciones:

- | Año | Año | Año |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Angioplastia | <input type="checkbox"/> Colectomía | <input type="checkbox"/> Biopsia del hígado |
| <input type="checkbox"/> Angioplastia c/stent | <input type="checkbox"/> Colectomía | <input type="checkbox"/> ORIF |
| <input type="checkbox"/> Apendectomía | <input type="checkbox"/> Colostomía | <input type="checkbox"/> Marcapasos |
| <input type="checkbox"/> Artroscopia de la rodilla | <input type="checkbox"/> Bypass gástrico | <input type="checkbox"/> Extirpación parcial del intestino |
| <input type="checkbox"/> Cirugía de columna | <input type="checkbox"/> Operación de hernia | <input type="checkbox"/> Tiroidectomía |
| <input type="checkbox"/> CABG | <input type="checkbox"/> Prótesis de cadera | <input type="checkbox"/> Amigdalectomía |
| <input type="checkbox"/> Tunel carpiano | <input type="checkbox"/> Prótesis de rodilla | |
| <input type="checkbox"/> Extracción de catarata | <input type="checkbox"/> LASIK | |

Otra Cirugia 1 ano:

Otra cirugía 1 tipo:

Otra cirugía 2 ano:

Otra cirugía 2 tipo:

Otra cirugía 3 ano:

Otra cirugía 3 tipo:

Historia Social **Por favor, marque una "X" en la apropiada caja**

Estatu civil: Casado(a) Soltero(a) Divorciado(a) Viudo(a) Compañero(a)

Mano dominante: Izquierdo Derecho Ambidiestro

Frecuencia de ejercicios: 2-3 veces/por semana 3-4 veces/por semana Diariamente Ocasionalmente Nunca

¿Cuál es su historia de uso de tabaquismo?

Estado del Fumador: Actualmente Fuma todos los días Actualmente fuma algunos días Fumador, no sabe estado actual
 Nunca fuma Era un fumador No sabe si alguna vez fumo

	Actualmente	En el pasado	Nunca	Cantidad por día:	Número de años:	Actualmente	En el pasado	Nunca	Cantidad por día:	Número de años:
Cigarrillos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value="Paquetes"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value="Onzas"/>	
Puro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value="Puros"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value="Onzas"/>	
Pipa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value="Pipas"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value="Unidades"/>	
Fumador pasivo:			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No							

¿Cual es su uso de alcohol?

Bebida alcoholicas: Sí No Pasado

Frecuencia: Diaria Semanal Mensual Ocasional Raramente

Consumo cafeína: Sí No

Historia Familiar Adicional

¿Alguien en su familia inmediata ha padecido alguna de las siguientes enfermedades? Si la respuesta es sí, por favor seleccione las enfermedades de la siguiente lista:

<input type="checkbox"/> ADD/ADHD	<input type="checkbox"/> CAD	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Problemas de aprendizaje	<input type="checkbox"/> PVD
<input type="checkbox"/> Alcoholismo	<input type="checkbox"/> CAD - prematura	<input type="checkbox"/> Eczema	<input type="checkbox"/> Enfermedad mental	<input type="checkbox"/> Enfermedad renal
<input type="checkbox"/> Alergias	<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Deficiencia auditiva	<input type="checkbox"/> Migraña	<input type="checkbox"/> Trastorno convulsivo
<input type="checkbox"/> Alzheimer	<input type="checkbox"/> ACV (accidente cerebrovascular)	<input type="checkbox"/> Hiperlipidemia	<input type="checkbox"/> Obesidad	
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/> Hipertensión	<input type="checkbox"/> Osteoartritis	
<input type="checkbox"/> Enfermedad de la sangre	<input type="checkbox"/> Retraso del desarrollo	<input type="checkbox"/> Intestino irritable	<input type="checkbox"/> Osteoporosis	

Otras historias familiares:

Historia anterior de accidentes de auto, trabajo o lesiones personales.

Historia anterior de accidentes de auto? Si No

Historia anterior de las lesiones relacionadas con el trabajo anterior? Si No

Historia anterior de lesiones de deportes o lesiones personales? Si No

Por favor, coloque una X en cualquiera de los cuadros que figuran a continuación que representa el tratamiento que ha recibido en el pasado

<input type="checkbox"/> Fisioterapia	<input type="checkbox"/> Terapia ocupacional	<input type="checkbox"/> Tratamiento chiropractico
<input type="checkbox"/> Acupuntura	<input type="checkbox"/> Cirugia	<input type="checkbox"/> Inyecciones
<input type="checkbox"/> Dolor cronico	<input type="checkbox"/> restricciones laborales permanentes	<input type="checkbox"/> Resonancia magnetica o TAC cerebral

En caso afirmativo, indique los detalles a continuación:
