

NEUROSCIENCE CONSULTANTS CARE CENTER I

HISTORIA MEDICA DEL PACIENTE

1. ¿ES USTED ALERGICO A ALGUN MEDICAMENTO? __ No __ Sí Si su respuesta es si, por favor escriba lo siguiente

Nombre del medicamento

Tipo de tratamiento

_____	_____
_____	_____

2. OTRO TIPO DE ALERGIAS

Es usted alérgico a: Comida del mar Si/No yodo Si/No látex Si/No Otro: _____

3. ¿Medicinas recetadas que esta tomando?

Nombre

Cantidad

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

4. Indique cualquier otro neurólogo que usted haya visto en el pasado: _____

5. HISTORIA MEDICA

¿Alguna vez usted ha sido diagnosticado(a) con un problema mayor de salud? Incluido pero no limitado a:

Cáncer: __ No __ Si (tipo): _____ si su respuesta es si, cuando: _____

Corazón y Vasos Sanguíneos:

Fibrilación Auricular __ No __ Sí

Trombosis __ No __ Sí

Ataque transitorio de Isquemia __ No __ Sí

Insuficiencia Cardíaca __ No __ Sí

Enfermedad Coronaria __ No __ Sí

Colesterol Alto __ No __ Sí

Ataque del Corazón __ No __ Sí

Enfermedad del Corazón __ No __ Sí

Defectos de las válvulas del Corazon __ No __ Sí

Presion alta __ No __ Sí

Alteraciones del Ritmo Cardíaco __ No __ Sí

Enfermedad Vasculat Periférica __ No __ Sí

Problemas Genito Urinarios

Agrandamiento de Próstata __ No __ Sí

Insuficiencia Renal __ No __ Sí

Mental & Emocional

Tratamiento Alcohol/Drogas __ No __ Sí

Ansiedad Crónica __ No __ Sí

Depresión __ No __ Sí

Desorden Bepolar __ No __ Sí

Otro: _____

Glándulas, Hormonas y Control de Azúcar

Diabetes (tipo _____) __ No __ Sí

Enfermedad del tiroides __ No __ Sí Tipo: _____

Pulmón y Sistema RespiratorioAsma No SíEnfisema No Sí

Enfermedad Pulmonar Obstructiva

Crónica No Sí**Sangre y Sistema Linfático**Hemofilia No SíSilkemia No Sí**Estómago y Sistema Digestivo**Úlcera del Estómago No SíReflujo No SíHepatitis No Sí (tipo _____)**Mujeres Solamente:**¿Está embarazada? No Sí Edad de su primera menstruación: _____¿Normal Período o Regla? No Sí Última Menstruación (fecha) _____**6. CIRUGIA Y HOSPITALIZACION**¿Ha estado hospitalizado por algún problema? Sí No

Si es sí la respuesta diga porque y la fecha de admisión: _____

7. HISTORIA FAMILIAR: Marque aquí si no existe historia familiar de un problema salud significativa

Corazón y Vasos Sanguíneos: Enfermedad del Corazón antes de los 60 años Madre Padre Hermano(a)
 Presión Alta Madre Padre Hermano(a)
 Otro _____ Madre Padre Hermano(a)

Pulmones y Sistema Respiratorio: Cáncer a los Pulmones Madre Padre Hermano(a)
 Asma Madre Padre Hermano(a)
 Otro _____ Madre Padre Hermano(a)

Piel y/o Mamas: Cáncer de Mamas Madre Padre Hermano(a)
 Cáncer de Piel Madre Padre Hermano(a)
 Otro _____ Madre Padre Hermano(a)

Cerebro y Nervios: Demencia Madre Padre Hermano(a)
 Trombosis Madre Padre Hermano(a)
 Otro _____ Madre Padre Hermano(a)

Glándulas, Hormonas y Azúcar: Diabetes Madre Padre Hermano(a)
 Otro _____ Madre Padre Hermano(a)

8. HISTORIA SOCIALEstatus Matrimonial: Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a) Separado(a) Viudo(a)¿Usted tiene un testamento de enfermedad (Living Will) ? No Sí¿Cuál es o fue su ocupación? _____ Marque aquí si usted es retirado.Uso de Tabaco: Sí No Si es sí complete la siguiente información:

<u>Tipo de Tabaco</u>	<u>Del Año</u>	<u>Al Año</u>	<u>Cantidad</u>
Cigarros por día	_____	_____	_____
Otros tipos	_____	_____	_____

Uso de Alcohol: Sí No Si es sí complete la siguiente información:

<u>Tipo de Alcohol</u>	<u>Del Año</u>	<u>Al Año</u>	<u>Cantidad</u>
Cervezas por semana:	_____	_____	_____
Vasos de Vino por semana:	_____	_____	_____
Otro tipo:	_____	_____	_____

Ingiere Cafeína ninguna cerca de una taza diaria 2-3 tazas diarias otro Cuanto: _____¿En que idioma prefiere hablar? Inglés Español Otro _____Raza: Blanco Afro-Americano Hispano Otro: _____

9. Revisión de Síntomas:

- Constitucional:** _____ Fiebre sin explicación.
_____ Pérdida o aumento de peso
- Garganta/Nariz y Oídos:** _____ Disminución o pérdida de la audición.
_____ Ruidos o silbidos en los oídos.
_____ Dolor de garganta.
- Respiratorio:** _____ Jadeo, falta de aire.
_____ Corto de respiración
_____ Tos
- Genitourinario:** _____ Orina muchas veces
_____ Retención urinaria
- Psiquiatría:** _____ Depresión
_____ Intento de suicidio o planea hacerlo
_____ Ansiedad
- Endocrino:** _____ Sed excesiva
_____ Intolerancia al frío o calor
- Ojos:** _____ Disminución o pérdida de la vista
_____ Dolor de la vista
- Cardiovascular:** _____ Dolor en el pecho
_____ Palpitaciones
- Gastrointestinal:** _____ Dolor abdominal
_____ Náuseas
_____ Vómitos
_____ Cambios en función de los intestinos (diarreas o estreñimiento)
- Piel:** _____ Sarpullido
_____ Mancha de nacimiento
- Hematología:** _____ Sangramientos anormales
_____ Morados o petequias
_____ Inflamación de ganglios o glándulas