

HISTORIA Y FISICO

Charles A. Wallace, M.D., FACS

Nombre de Paciente _____

Evaluacion Medica

Como esta su salud? _____
Esta Usted Actualmente tratando con un medico
Para una enfermedad? _____
Cuando fue su ultima examen fisico?

Ojos

Perdida de Vista (uno o dos ojos)	Si	No
“Ojos Secos”	Si	No
Irritacion de ojo o comezon	Si	No
Vision Doble o	Si	No
Ojos Cruzados	Si	No
Problemas de Cornea	Si	No
Enfermedad de Tiroides del Ojo	Si	No
Usa Lentes O Conctatos	Si	No
Cirugia de Ojo	Si	No
Si, si, Que clase _____		

Nariz

Tiene Dificultad respirar por la nariz	Si	No
Herida Previa a la nariz	Si	No
Alergias Nasales	Si	No
Le Sangra la Nariz	Si	No
Cirugia Nasal o Sinusitis	Si	No
Si si, Que clase _____		
Irritacion de la cara o cuello	Si	No
Paralisis o Debilidad de la cara	Si	No
Problemas de la piel	Si	No
Tiene usted la apnea del sueño?	Si	No

Alergias

Tiene alergias a drogas (incluyendo Anesteticos locales)	Si	No
Si si, de la lista y tipo de la reaccion _____ _____		
Alergia de Cinta	Si	No

Senos

Tiene Dolor O Molestias	Si	No
Tiene un Quiste o Bulto	Si	No
A tenido biopsias de seno	Si	No
Alguien en su familia a tenido Cancer del seno? Si, si, quien _____		
A tenido un Mammograma?	Si	No
Si, si, Cuando? _____		

Cardiovascular

Ataque de corazon o coronario?	Si	No
Enfermedad Congenita de Corazon	Si	No
Murmullo de Corazon?	Si	No
Palpitaciones irregulares	Si	No
Alta Presion	Si	No
Ataque de Corazon	Si	No

Pecho

Respiracion corta	Si	No
Enfermedad Cronica de Pulmon	Si	No
Asma	Si	No
Tos	Si	No

Psiquiatrico

Ha tenido tratamiento psiquiatrico	Si	No
Si si, estuvo hospitalizado	Si	No
A tenido resiente alguna crisis en su Vida. Si si, Que clase _____	Si	No

Otro

Enfermedades de higado (hepatitis, cirrosis)	Si	No
Enfermedades de Rinon o Vesicula	Si	No
Infecciones cronicas	Si	No
Problemas de Espalda o Espinales	Si	No
Coagulos de Sangre	Si	No
Sangramiento en ti o tu familia	Si	No
Transfusiones de Sangre	Si	No
Diabetes	Si	No
Enfermedades como Lupus, Artritis	Si	No
Tiende el sida o el VIH	Si	No

Medicamentos

Escriba todas las medicinas que esta tomando

Ahora incluyendo la dosis _____

Esta usted tomando aspirina o medicamentos que

Contienen aspirina Si No

Ha tomado o recibido cortizona (esteroides) Si No

Esta tomando Vitamina E dosis de 400mg Si No

Cicatrizo mal Si No

Si le aplica esta embarazada Si No

Problemas de estomago o digestion Si No

Problemas de tiroides Si No

Social

Fuma Cigarros Si No

Si si, cuantos paquetes al dia _____

Toma mas de dos bebidas alcoholicas al dia Si No

Historia Medica de su Ninez

A tenido todas sus vacunas de nino Si No

A tenido su vacuna de Polio Si No

A tenido Calentura Reumatica Si No

Historia De Familia

Su Familia a tenido o tiene algun problema medico o enfermedad

Mama: _____ Hermana: _____

Padre: _____ Hermano: _____

Tu Peso _____ Estatura _____

Historia De Cirugias

Que Clase	Fecha	Complicaciones o Dificultades

Admisiones a Hospitales

Razon	Fecha	Complicaciones o Dificultades

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____