



SALUD ACCESIBLE PARA TODA LA FAMILIA

## Historia de salud

### Información

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Teléfono (día) \_\_\_\_\_ Teléfono (noche) \_\_\_\_\_

Correo e-mail \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ edad \_\_\_\_\_ Lugar de nacimiento \_\_\_\_\_

Nacionalidad \_\_\_\_\_

Religión \_\_\_\_\_ Práctica usted activamente? Sí No

Estatura \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_

Peso máximo de adulto \_\_\_\_\_ en qué año \_\_\_\_\_

Peso mínimo de adulto \_\_\_\_\_ en qué año \_\_\_\_\_

Donde y cuando ha vivido o viajado fuera de los Estados Unidos?

Ocupación \_\_\_\_\_ Cuanto tiempo tiene trabajando en esta ocupación? \_\_\_\_\_

Que tan estresante es su trabajo (en una escala de 1 a 10) \_\_\_\_\_ Mayor nivel de educación \_\_\_\_\_

Civil Estado: soltero novio casado divorciado viudo

Número de veces que divorciaron \_\_\_\_\_

Niños: Nombres y edades \_\_\_\_\_

Nombre de su pareja \_\_\_\_\_

Ocupación de su pareja \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia (nombre, dirección y teléfono) \_\_\_\_\_

Cuáles problemas tiene hoy? Favor de indicar cuándo empezaron estos problemas

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

Para curarse, está usted dispuesto a realizar cambios en tu estilo de vida si es necesario? \_\_\_\_\_

Se le está atendiendo otro médico actualmente? \_\_\_\_\_

Último examen dental \_\_\_\_\_ Último examen físico \_\_\_\_\_

Cuáles otras cuestiones de salud ha tenido en el pasado? Por favor, incluya hospitalizaciones y cirugías

Año/condición \_\_\_\_\_

Año/condición \_\_\_\_\_

Año/condición \_\_\_\_\_

**Historia Familiar**

	Padre	Madre	Hermanas	Hermanos	Niños
Edad (vida)					
Enfermedades					
Edad a la muerte (si murió)					

Por favor, haga un círculo en cualquier enfermedad que haya tenido usted mismo o se han producido en cualquiera de sus parientes. Por favor indique S para sí mismo y O para otros. Si se conoce, por favor indique que y a qué edad la se ha producido la enfermedad.

- |                              |                              |                             |
|------------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| Diabetes                     | Escarlata o fiebre reumática | Anemia                      |
| Tiroides                     | Hepatitis A, B o C           | Artritis                    |
| Presión alta                 | Gota                         | SIDA                        |
| Hemofilia                    | Enfermedades venéreas        | Depresión                   |
| Enfermedades de los pulmones | Adicciones (cualquier tipo)  | Derrames cerebrales         |
| Ataques cardiacos            | Dificultades de comer        | Enfermedades de los riñones |
| La tuberculosis              | Convulsiones                 | Asma                        |
| Alergias                     | Glaucoma y cataratas.        |                             |
| Cáncer, que tipo _____       | Otro _____                   |                             |

**Dieta y nutrición**

Por favor apunte la hora en que come y los tipos de alimentos que se consumen para su

Desayuno \_\_\_\_\_ a las \_\_\_\_\_

Almuerzo \_\_\_\_\_ a las \_\_\_\_\_

Sena \_\_\_\_\_ a las \_\_\_\_\_

Dentro comidas \_\_\_\_\_ a las \_\_\_\_\_

Cuáles son los alimentos que se le antojan? \_\_\_\_\_

Cuáles son los alimentos que no le callen bien? \_\_\_\_\_

Cuantos vasos de agua tomara cada día? \_\_\_\_\_

Ha utilizado cualquiera de las siguientes sustancias en el pasado? Lo utiliza actualmente? Si es así, ¿qué tipo? ¿Cada día? ¿Por cuánto tiempo?

Tobacco \_\_\_\_\_

Alcohol \_\_\_\_\_

Café / te negro \_\_\_\_\_

Soda \_\_\_\_\_

Drogas \_\_\_\_\_

**Estilo de vida**

Cómo es su nivel de estrés? alto\_\_ en medio\_\_ bajo\_\_ estreses mayores\_\_\_\_\_

¿Tiene alergias o sensibilidad a medicamentos u otras sustancias?                    Sí                    No

Por favor explique\_\_\_\_\_

¿Tiene alergias o sensibilidades a productos químicos o toxinas ambientales?                    Sí                    No

Por favor explique\_\_\_\_\_

¿Qué es lo que le sucede cuando tiene un "ataque de alergia"?\_\_\_\_\_

¿Qué tipo de estudio de sus alergias ha tenido ?\_\_\_\_\_

**Medicamentos Actúales**

Enumere medicamentos que utiliza actualmente incluyendo medicinas recetadas, hierbas y vitaminas. Por favor, indica durante cuánto tiempo las está utilizando.

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

**Vacunas** Por favor marque si ha recibido cualquiera de las siguientes vacunas:

Poliomielitis                    viruela                    TB                    sarampión                    Paperas                    Rubéola                    Tos ferina  
Tétanos                    Gripe/influenza                    Hepatitis, A o B                    Meningococo                    Otros \_\_\_\_\_

¿Tuvo una reacción mala a las vacunas?    Sí            No

Si la respuesta es sí, explique\_\_\_\_\_

**Ejercicio**

¿Hace usted ejercicio regularmente?                    Sí                    No

Por favor apunta sus ejercicios típicos de la semana y que tan frecuentemente los está haciendo

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

**Lista de síntomas** Esta lista parece redundante pero sirve como guía para nuestras recomendaciones. Por favor marque cualquier síntoma que se ha producido en el mes pasado.

**ENDOCRINAS**

- \_\_\_ Depresión
- \_\_\_ Comer trastorno
- \_\_\_ Tensión
- \_\_\_ Ansiedad o nerviosismo
- \_\_\_ Depresión estacional
- \_\_\_ Considera intentó suicidarse

**MENTAL/EMOCIONAL**

- \_\_\_ Problemas de tiroides
- \_\_\_ Calor o intolerancia al frío
- \_\_\_ Fatiga
- \_\_\_ Hipoglucemia
- \_\_\_ Exceso de sed o hambre
- \_\_\_ Diabetes

**INMUNE**

- \_\_\_ Síndrome de fatiga crónica
- \_\_\_ crónicamente inflamado glándulas
- \_\_\_ crónicas infecciones
- \_\_\_ Resfriados frecuentes
- \_\_\_ Enfermedad autoinmune
- \_\_\_ Alergias

**NEUROLÓGICO**

- \_\_\_ Ataques
- \_\_\_ Vértigo o mareo
- \_\_\_ Parálisis
- \_\_\_ Entumecimiento u hormiguelo
- \_\_\_ Problemas de memoria
- \_\_\_ Problemas de equilibrio

**PIEL**

- \_\_\_ Erupciones
- \_\_\_ Color cambiar
- \_\_\_ Eczema
- \_\_\_ Hongo
- \_\_\_ Prurito
- \_\_\_ Acné o forúnculos

**CABEZA**

- \_\_\_ Dolores de cabeza
- \_\_\_ Migrañas
- \_\_\_ Lesiones de cabeza
- \_\_\_ Problemas de la mandíbula

**RESPIRATORIA**

- Tos
- Dolor con respiración
- Sibilancias o asma
- Dificultad para respirar
- Bronquitis
- Escupir hasta sangre

**BOCA Y GARGANTA**

- Dientes rectificado
- Roquera
- Mucha saliva
- Boca seca
- Problemas de las encías
- Dolor de lengua o los labios
- Frecuente dolor de garganta
- Úlcera de boca

**URINARIA/RIÑÓN**

- Dolor al orinar
- Mayor frecuencia
- Frecuencia en noche
- Piedras del riñón
- Infecciones
- Escape de orina

**REPRODUCTIVA**

- Dolor con relaciones sexuales
- Infección de transmisión sexual
- Las dificultades sexuales
- Descarga o úlceras
- Problemas de concebir
- Flujo

**MUJERES**

- Duración del ciclo (días)
- ¿Cuántos días de sangrado?
- ¿Son ciclos regulares?
- Periodos pesados
- Periodos dolorosos
- Sangrado entre ciclos
- Síndrome premenstrual
- Coágulos
- Papanicolaou anormal
- Edad en primera menstruación

**NARIZ Y SENOS**

- Taponamiento
- Sangrados de la nariz
- Alergias
- Problemas de los senos
- Pérdida del olfato
- Dolores de cabeza

**OJOS**

- flotadores o 'spots'
- Las cataratas
- Nitidez
- Doble visión
- Glaucoma
- Cerca de/lejano de miras
- Lagrimeo o sequedad
- Dolor/cepa del ojo
- Problemas de visión

**CARDIOVASCULAR**

- Enfermedad del corazón
- Soplo
- Dolor en el pecho
- Mala circulación
- Coágulos de sangre
- Dolor de la pierna profundo
- Problemas valvulares

**GASTROINTESTINAL**

- Dificultad para deglutir
- Náuseas
- Vómitos
- Diarrea
- Eructo
- Gas de paso

**MUJERES**

- Secreción del pezón
- Mama protuberancias o dolor
- Quistes ováricos
- Endometriosis
- Infertilidad
- Los síntomas de la menopausia
- Número de embarazos
- Número de nacidos vivos
- Número de abortos espontáneos
- Número de abortos

**OREJAS**

- Problemas de audición
- Dolores de oído
- Ruidos en el oído

**MUSCULOESQUELÉTICAS**

- Dolor de coyunturas
- Rigidez de coyunturas
- Artritis
- Debilidad
- Ciática
- Huesos quebrados
- Dolor muscular
- Espasmo muscular
- Osteoporosis
- Palpitaciones del corazón
- Hematomas
- Anemia
- venas varicosas
- Desmayo
- hinchazón de los tobillos

- Acidez
- Cambio en sed/apetito
- Dolor abdominal o calambres
- Hemorroides
- Sangre en el inodoro
- Negro en heces

**HOMBRES**

- Masa testicular
- Dolor testicular
- Enfermedad de próstata
- Hernia
- Impotencia
- Eyaculación prematura

¿Cómo estuchó de nosotros? \_\_\_\_\_

¿En unas pocas palabras, que espera en este tratamiento? \_\_\_\_\_

Cuanto tiempo ¿cree usted que debe durar? \_\_\_\_\_

¿Tienen medicina alternativa que utilizó en el pasado?    Yes    No

Si la respuesta es sí, ¿para qué preocupación? \_\_\_\_\_