

ROSWELL INTERNAL MEDICINE SPECIALISTS

Dr. Gorka Zurinaga, M.D.

1357 Hembree Road, Suite 130, Roswell, GA 30076

p: (678) 393-0012 • f: (678) 393-5158

English - Spanish

ANTECEDENTES MÉDICOS DEL PACIENTE (PARTE 1)

Nombre completo (en letra de imprenta): _____

Fecha de nacimiento: _____ Fecha de hoy: _____

Marque NO o SÍ según corresponda. Si la respuesta es «SÍ» describa brevemente el problema.

NO

- Cambios de peso
- Cambios de apetito
- Fiebre/Escalofríos
- Sudores nocturnos
- Debilidad generalizada
- Mareos, vértigo o sensación de desmayo

SÍ

-
-
-
-
-
-

SISTEMA ENDÓCRINO

- Hipersensibilidad al frío o al calor
- Problemas de tiroides
- Antecedentes de cirugía del cuello o irradiación
- Aumento de sed
- Orina con frecuencia

OJOS

- Pérdida de visión o ceguera
- Cataratas
- Visión doble (diplopía)
- Dolor
- Usa anteojos

OÍDO, NARIZ, GARGANTA (OTORRINOLANRINGOLOGÍA)

- Problema de audición o sordera
- Zumbidos de oídos
- Hemorragia nasal
- Ronquera
- Sinusitis

APARATO DIGESTIVO

- Náuseas
- Vómitos
- Vomita sangre
- Traga con dificultad
- Indigestión/acidez
- Dolor abdominal
- Hinchazón abdominal
- Ictericia
- Heces con sangre roja

NO

- Heces de color negro
- Incapacidad para retener las heces
- Diarrea
- Estreñimiento
- Hemorroides
- Hernia
- Antecedentes de enfermedad ulcerosa
- Antecedentes de enfermedad de la vesícula biliar (colecistopatía)
- Antecedentes de pancreatitis

SÍ

-
-
-
-
-
-
-
-
-

PULMONES

- Falta de aliento (disnea)
- Disnea de esfuerzo
- Se sienta para respirar
- Después de acostarse se levanta para recuperar el aliento
- ¿Tiene tos? ¿Hace cuánto tiempo?
- Flema: volumen, color, olor y viscosidad
- Tos con sangre
- Respiración sibilante
- Labios o punta de los dedos azulados
- Antecedentes de asma
- Antecedentes de neumonía
- Antecedentes de tuberculosis o exposición a la tuberculosis
- Prueba de tuberculosis Positiva Negativa
- Radiografía de tórax en el último año
- Antecedentes de infecciones respiratorias, diga con qué frecuencia

CORAZÓN Y VASOS SANGUÍNEOS

- Molestias en el pecho
- Síncopes
- Palpitaciones
- Hinchazón en los tobillos
- Dolor de piernas, pantorrillas o pies al caminar
- Hinchazón o dolor en las pantorrillas

(DE VUELTA A LA PÁGINA)

ANTECEDENTES MÉDICOS DEL PACIENTE (PARTE 2)

CORAZÓN Y VASOS SANGUÍNEOS (continuación)

- | NO | Sí |
|---|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Antecedentes de hipertensión | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Soplo cardíaco | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Fiebre reumática | <input type="checkbox"/> |

APARATO GENITOURINARIO (GENERAL)

- | | |
|--|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Frecuencia con que orina | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Necesidad imperiosa de orinar | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Dolor al orinar | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Color anormal de la orina | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Sangre en la orina | <input type="checkbox"/> |

GENITALES MASCULINOS

- | | |
|--|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Disminución del flujo de orina y flujo de orina débil | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para comenzar a orinar | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Incapacidad de contener la orina (estrés, urgencia, goteo) de orina | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Antecedentes de enfermedad renal o cálculos | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Antecedentes de enfermedades de transmisión sexual (ETS) | <input type="checkbox"/> |

GENITALES FEMENINOS

- | | |
|---|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hemorragia vaginal (no menstruación) | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Antecedentes de enfermedades de transmisión sexual (ETS) | <input type="checkbox"/> |

Fecha de la última menstruación: _____

SISTEMA NERVIOSO

- | NO | Sí |
|---|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de conocimiento | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Antecedentes de accidente cerebrovascular (Derrame Cerebral) | <input type="checkbox"/> |

SANGRE

- | | |
|---|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sangrado anormal / Moretones | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Transfusiones | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Antecedentes familiares de células falciformes | <input type="checkbox"/> |

CORAZÓN Y VASOS SANGUÍNEOS

- | | |
|--|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Rigidez en las articulaciones | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Dolor en las articulaciones | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Hinchazón de las articulaciones | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Debilidad muscular | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Dolor de espalda | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Dolor de cuello | <input type="checkbox"/> |