

SEGUIMIENTO DE LA HISTORIA MEDICA

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Cita: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: Masculino Femenino

Médico Primario o de Cabecera: _____

Pharmacia (Nombre/Dirección/Telefono): _____

RAZON DE LA VISITA: Seguimiento del Hospital
 Aclaramiento de cirugía
 Problema cardiaco _____
 Otro Razon _____

¿USTED TIENE UN TESTAMENTO VITAL O UNA CARTA PODER PARA ATENCIÓN MÉDICA? SÍ NO
¿USTED SE HA PUESTO LA VACUNA CONTRA LA INFLUENZA ESTACIONAL? SÍ NO FECHA: _____
¿USTED SE HA PUESTO LA VACUNA CONTRA LA NEUMONIA? SÍ NO FECHA: _____

Marque aquí si NO hay cambios desde su última visita

¿Alguna nueva ALERGIA desde tu última visita? Sí No En caso, _____
¿Alguna CIRUGIA desde tu última visita? Sí No En caso, _____
¿Algún cambio en HISTORIA FAMILIAR desde tu última visita? Sí No En caso, _____
¿Algún cambio en HISTORIA SOCIAL desde tu última visita? Sí No En caso, _____

ANAMNESIS O REVISIÓN POR APARATOS Y SISTEMAS *(por favor marque todas las que apliquen)*

¿Qué síntomas siente hoy?

GENERAL: ¿Ha habido algún cambio en su habilidad de hacer cosas que normalmente usted haría? Sí No
 Fatiga/un Malestar Aumento de Peso Pérdida de Peso

OJOS: Pérdida de Visión – Izquierda Pérdida de Vision – Derecha Halos Visual

RESPIRATORIO: Tos Falta de Aire Trastornos de sueño debido a respiración Ronquidos Silbidos

PIEL: Ulceras de la Piel Tarda en cerrar o curar Heridas

Continúa al reverso de ésta hoja

HENT: Dolor de Cabeza

CARDÍACO: Dolor de Pecho Claudicacion(Cohear al caminar) Sincope(Desmayarse)
 Disnea de Esfuerzo(Falta de aire cuando hace esfuerzo) Inflamacion de las Piernas
 Ortopnea(Falta de aire cuando esta resostado)
 Palpitaciones(Latidos del corazón irregulares, rapidos)
 Disnea Paroxistica Nocturna(Ataques de falta de aire que lo despiertan durante la noche)

ENDOCRINO: Intolerancia al frio Intolerancia al calor Poliuria

HEMATOLÓGICO/LYMPH: Sangrado Moretones sangrado fácilmente Tendencia a claudicacion

MUSCULOESQUELÉTICO: Artritis Caidas Dolor Articulaciones Calambres Musculares Musculos débiles

GASTROINTESTINAL: Hemorragia Abdominal Dolor estomago Constipacion Diarrea Reflujo
 Melena(Excremento oscuro rojizo) Nauseas Vomito

GENITOURINARIO: Hematuria(sangre en orina) Nicturia(Orinar frecuente en la noche)

NEUROLÓGICO: Somnolencia Diurria Mareos Convulsiones Desmayos Vertigos

PSIQUIÁTRICO: Estado Mental Alterado Depresion Perdida de Memoria Ansiedad o Nerviosismo

OTROS SINTOMAS: _____

Pacientes de 65 años de edad y mayores:

¿Ha caído en los últimos tres meses? SÍ NO