



Adult History Questionnaire

Fecha: _____

Nombre: _____ FDN: _____ Edad: _____

Enviado por el médico: _____ Médico de cabecera: _____

Síntoma principal: _____

Historia clínica

Historia Quirúrgica

Por favor anote alergias de cualquier tipo, e incluya las reacciones: _____

Medicinas actuales (Incluya por favor todo medicamento recetado y no recetado.)

Nombre	Dosis	Nombre	Dosis
1. _____	_____	6. _____	_____
2. _____	_____	7. _____	_____
3. _____	_____	8. _____	_____
4. _____	_____	9. _____	_____
5. _____	_____	10. _____	_____

Historia obstétrica # de embarazos _____ # de niños: _____ Edad cuando el nacimiento de su primer bebé: _____
Edad de la menarquia: _____ Edad de la menopausia: _____

Historia social/hábitos Tabaco: S/N _____ Tipo _____ Veces por día _____
Ejercicio: S/N _____ Veces por semana _____ Caféina: _____
Alcohol: S/N _____ Veces por semana _____ Drogas ilegales: S/N _____

ANTECEDENTES FAMILIARES:

Viven

Fallecidos

Parentesco	edad	Salud			Edad de fallecimiento	Causa
Padre		<input type="checkbox"/> Bien	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Mala		
Madre		<input type="checkbox"/> Bien	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Mala		
Hermanos/Hermanas		<input type="checkbox"/> Bien	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Mala		
M / E		<input type="checkbox"/> Bien	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Mala		
M / E		<input type="checkbox"/> Bien	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Mala		
M / E		<input type="checkbox"/> Bien	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Mala		
M / E		<input type="checkbox"/> Bien	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Mala		
M / E		<input type="checkbox"/> Bien	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Mala		

Compruebe si algún pariente (madre, padre, hermano, hermana, tía, tío, abuelo, abuela) ha tenido cualquiera de lo siguiente:

	SI	NO		SI	NO		SI	NO
Derrame cerebral			Epilepsia			Colitis		
Cáncer			Enfisema			Corazón reumático		
Presión arterial alta			Tendencia al sangrado			Corazón congénito		
Tuberculosis			Infarto del corazón			Muerte repentina		
Diabetes			Enfermedad de riñones			Insuficiencia cardíaca		
Leucemia			Artritis					

Adult History Questionnaire
Nombre: _____ **FDN:** _____

Por favor indique marcando si usted tiene o ha tenido problemas con cualquiera de lo siguiente y describa en el espacio disponible

	SI	NO	COMENTARIOS		SI	NO	COMENTARIOS
GENERAL HEALTH							
Fiebre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Mujeres - Menopausia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Escalofríos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Enfermedad de transmisión sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Fatiga o cansancio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____				
Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	MUSCULOESQUELETAL			
Aumento o pérdida de peso inexplicable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Dolor articular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
				Dolor muscular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
OJOS				Debilidad muscular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Enfermedad/daño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Rigidez articular/calambres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Visión borrosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Gota	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Doble visión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____				
				PIEL/SENOS			
OIDO/NARIZ/BOCA/GARGANTA				Ronchas o picazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Perdida de audición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Cambio en la coloración de la piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Zumbido en los oídos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Cambio en el color del cabello/uñas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Dolor de oído/drenaje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Venas varicosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hemorragia nasal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Dolor de mamas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Problemas crónicos de sinusitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Mujer – secreción en el seno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Úlceras en la boca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____				
Garganta adolorida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	NEUROLOGICO			
Cambios en la voz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Derrame cerebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Glándulas del cuello hinchadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Dolor de cabeza frecuentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
				Sensación de desmayo/mareo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
CARDIOVASCULAR				Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Problema cardíaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Adormecimiento/hormigueo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Dolor de pecho/angina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Temblor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Fiebre reumática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Trauma craneal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Latidos irregulares o rapidez del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Desmayo/perdida de la conciencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Presión arterial alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____				
Hinchazón de las manos/pies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	PSIQUIATRICO			
				Nerviosismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
APARATO RESPIRATORIO				Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Falta de respiración	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Insomnio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Tos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____				
Escupiendo sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	ENDOCRINO			
Asma/ sibilancia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Problema Hormonal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
				Enfermedad de la tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
GASTROINTESTINAL				Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Cambio en los movimientos intestinales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Sed excesiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Nausea/vómitos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Orinar en exceso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Diarrea con frecuencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Intolerancia al calor/frío	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Sangrado rectal/sangre en la heces	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Piel seca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Dolor abdominal/agruras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____				
Úlceras pépticas o estomacales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	HEMATOLOGÍA/LYMPATICA			
Colitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Cicatrización despacio después de cortaduras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Enfermedad de la vesícula biliar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Tendencia al sangrado o moretones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
				Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
APARATO GENITOURINARIO				Transfusiones anteriores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Micción con frecuencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Glándulas agrandadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Ardor/dolor al orinar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Ictericia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Sangrado en la orina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Incontinencia o goteo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____				
Cálculo renal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	ALERGÍA/INMUNOLOGICA			
Dificultad sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Alergias a comida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hombre – Dolor en los testículos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Alergias al ambiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Mujer – Periodos irregulares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Alergias al látex	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Mujer – Planificación de embarazo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____				

Reviewed by: _____ Initials / Date _____ Initials / Date _____