



## MEDICAMENTOS (Medications)

Escriba aquí los medicamentos que toma (dosis y frecuencia) (List medications that you take (dose and frequency)):

---

---

Escriba aquí cualquier alergia que tenga a medicamentos (List allergies to any medications):

---

---

## ANTECEDENTES MÉDICOS (Past History)

Anote cualquier cirugía que haya tenido (incluya el año en que fue operado(a)) (List any surgeries and the year of occurrence):

---

---

Anote cualquier enfermedad significativa que haya padecido y el año en que se enfermó (List any significant diseases and the year of occurrence):

---

---

Anote cualquier lesión grave o accidentes y el año que aconteció (List any serious injuries or accidents and the year of occurrence):

---

---

## REVISIÓN DE LOS SISTEMAS (Marque la casilla apropiada y trace un círculo alrededor de los temas que le gustaría tratar con su médico) (Review Of Systems)

For English speakers: Frecuentemente = Frequently Ocasionalmente = Occasionally Nunca = Never

### PIEL (Skin)

¿Alguna vez ha sufrido de problemas de la piel – sarpullido, eczema, acné, cáncer de piel? (Have you had any skin trouble – rashes, eczema, acne, skin cancer?)	<input type="checkbox"/> Frecuentemente	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Nunca
¿Usted tiene alguna neoplasia en la piel o lunares que han aumentado de tamaño o cambiado de color? (Have any skin growths or moles increased in size or changed color?)	<input type="checkbox"/> Sí (Yes)	<input type="checkbox"/> No	

Anote cualquier otro problema con la piel (List any other skin problems):

### CABEZA (Head)

¿A usted le dan dolores de cabeza fuertes? (Do you have severe headaches?)	<input type="checkbox"/> Frecuentemente	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Nunca
¿A usted le dan episodios de mareo o adormecimiento, hormigueo o debilidad en cualquier parte del cuerpo? (Do you have episodes of dizziness or numbness, tingling or weakness in any part of your body?)	<input type="checkbox"/> Frecuentemente	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Nunca

Anote aquí cualquier otro problema que ha tenido con la cabeza (List any other head problems):

### OJOS- OÍDOS (Eyes-Ears)

¿Tiene problemas de audición? (Do you have any trouble hearing?)	<input type="checkbox"/> Frecuentemente	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Nunca
¿Usted usa anteojos o lentes de contacto? (Do you wear glasses or contacts?)	<input type="checkbox"/> Frecuentemente	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Nunca
¿Usted ve doble o pierde la visión temporalmente? (Do you see double or does your eyesight black out?)	<input type="checkbox"/> Frecuentemente	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Nunca

¿Cuándo fue la última vez que tuvo un examen de ojos por un optometrista/oftalmólogo?  
(When was the last time you had your eyes examined by an optometrist/ophthalmologist?)

Anote cualquier otro problema con los ojos o los oídos (List any other eye or ear problems):

### NARIZ (Nose)

¿Usted tiene algún problema con alergias, estornudos o problemas sinusales? (Do you have any problems with allergies, sneezing or sinuses?)	<input type="checkbox"/> Frecuentemente	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Nunca
--	---	---	--------------------------------

Anote aquí cualquier otro problema con la nariz (List any other nose problems):

### BOCA (Mouth)

Anote cualquier problema con la boca (List any mouth problems):

**RESPIRATORIO (PECHO)** (Respiratory (Chest))

¿Usted sufre de asma? (Do you have asthma?)	<input type="checkbox"/> Frecuentemente	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Nunca
¿Usted tose? (Do you cough?)	<input type="checkbox"/> Frecuentemente	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Nunca
Cuando tose ¿expectora esputo o flema? (Do you cough up sputum or phlegm?)	<input type="checkbox"/> Frecuentemente	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Nunca
¿Alguna vez ha expectora sangre? (Have you coughed up blood?)	<input type="checkbox"/> Frecuentemente	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Nunca
¿Alguna vez ha tenido tuberculosis o ha vivido con alguien que tenía tuberculosis? (Have you had tuberculosis or lived with someone who had tuberculosis?)	<input type="checkbox"/> Sí (Yes)	<input type="checkbox"/> No	
¿Usualmente le falta aire cuando es activo(a)? Dé un ejemplo: _____ (Do you get unusually short of breath with activity? Give an example)	<input type="checkbox"/> Frecuentemente	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Nunca

Anote aquí cualquier otro problema respiratorio (con el pecho): \_\_\_\_\_  
(List any other respiratory (chest) problems)

**CARDIOVASCULAR (CORAZÓN)** (Cardiovascular (Heart))

¿Usted padece de hipertensión? (Have you had high blood pressure?)	<input type="checkbox"/> Sí (Yes)	<input type="checkbox"/> No	
¿Ha tenido un infarto cardíaco? (Have you had a heart attack?)	<input type="checkbox"/> Sí (Yes)	<input type="checkbox"/> No	
¿Siente dolor en el pecho (angina) cuando camina, trabaja o sube las escaleras? (Do you have pains in your chest (angina) when walking, working or climbing stairs?)	<input type="checkbox"/> Frecuentemente	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Nunca
¿Su corazón late irregularmente o rápidamente? (Does your heart beat irregularly or rapidly?)	<input type="checkbox"/> Frecuentemente	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Nunca
¿Alguna vez ha sentido la necesidad de dormir incorporado(a) para poder respirar de noche? (Do you have to prop up in bed at night to breathe?)	<input type="checkbox"/> Frecuentemente	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Nunca
¿Siente calambres en las pantorrillas o los muslos después de caminar? (Do you have cramping in your calves or thighs after walking?)	<input type="checkbox"/> Frecuentemente	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Nunca

Anote aquí cualquier otra preocupación que tenga sobre problemas cardiovasculares: \_\_\_\_\_  
(List any other cardiovascular (heart) concerns)

**GASTROINTESTINAL (ESTÓMAGO)** (Gastrointestinal (Stomach))

¿Ha tenido úlceras en el estómago? (Have you had stomach ulcers?)	<input type="checkbox"/> Sí (Yes)	<input type="checkbox"/> No	
¿Ha tenido cálculos en la vesícula o problemas de la vesícula? (Have you had gallstones or gallbladder trouble?)	<input type="checkbox"/> Sí (Yes)	<input type="checkbox"/> No	
¿Ha tenido ictericia (ojos amarillentos) o hepatitis? (Have you had jaundice (yellow eyes) or hepatitis?)	<input type="checkbox"/> Sí (Yes)	<input type="checkbox"/> No	
¿Ha padecido de hemorroides rectales? (Have you had rectal hemorrhoids?)	<input type="checkbox"/> Sí (Yes)	<input type="checkbox"/> No	
¿Usted tiene sangrado por el recto? (Do you experience rectal bleeding?)	<input type="checkbox"/> Frecuentemente	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Nunca
¿Usted se estreñe? (Do you experience constipation?)	<input type="checkbox"/> Frecuentemente	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Nunca
¿Usted sufre de indigestión? (Do you experience indigestion?)	<input type="checkbox"/> Frecuentemente	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Nunca

Anote aquí cualquier otro problema gastrointestinal (estómago) que tenga: \_\_\_\_\_  
(List any other gastrointestinal (stomach) problems)

**GENITO-URINARIO (RIÑONES)** (Genito-Urinary (Kidney))

¿Algunas vez ha tenido sangre en la orina? (Have you had blood in your urine?)	<input type="checkbox"/> Frecuentemente	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Nunca
¿Tiene problemas para parar o iniciar el flujo de la orina? (Do you have trouble starting or stopping your stream?)	<input type="checkbox"/> Frecuentemente	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Nunca
¿Se levanta más de una vez durante la noche para orinar? (Do you have to get up more than once during the night to urinate?)	<input type="checkbox"/> Frecuentemente	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Nunca
¿Algunas veces pierde el control urinario? (Do you lose control of your bladder?)	<input type="checkbox"/> Frecuentemente	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Nunca
¿Utiliza algún método anticonceptivo? ¿Cuál?: _____ (Do you use birth control? Which type?)	<input type="checkbox"/> Sí (Yes)	<input type="checkbox"/> No	

Anote aquí cualquier otro problema genito-urinario (riñones): \_\_\_\_\_  
(List any other genito-urinary (kidney) problems)

**HUESOS – ARTICULACIONES – MÚSCULOS** (Bones – Joint – Muscles)

¿Le duelen las articulaciones, están hinchadas o rígidas? (Are your joints painfully swollen or stiff?)	<input type="checkbox"/> Frecuentemente	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Nunca
¿Alguna vez ha tenido problemas serios con la espalda? (Have you had serious back trouble?)	<input type="checkbox"/> Frecuentemente	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Nunca
¿Usted padece de artritis? (Do you have arthritis?)	<input type="checkbox"/> Sí (Yes)	<input type="checkbox"/> No	

Anote cualquier otro problema con los huesos, las articulaciones o los músculos: \_\_\_\_\_  
(List any other bone, joint, or muscle problems)

**ENDOCRINO (GLÁNDULAS)** (Endocrine (Glands))

¿Ha tenido algún problema con la tiroides? (Have you had any thyroid problems?)	<input type="checkbox"/> Sí (Yes)	<input type="checkbox"/> No
¿Siempre se siente con hambre o sed? (Are you hungry or thirsty at all times?)	<input type="checkbox"/> Frecuentemente	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente <input type="checkbox"/> Nunca
¿Orina más de lo que cree que debiera? (Do you urinate more than you think you should?)	<input type="checkbox"/> Frecuentemente	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente <input type="checkbox"/> Nunca
¿Ha padecido de gota? (Have you had gout?)	<input type="checkbox"/> Sí (Yes)	<input type="checkbox"/> No
¿Padece de diabetes? (Do you have diabetes?)	<input type="checkbox"/> Sí (Yes)	<input type="checkbox"/> No
¿Recientemente ha aumentado o perdido peso sin tratar? Si es que sí, ¿cuánto peso? _____ (Have you gained or lost weight recently without trying? If so, how much?)	<input type="checkbox"/> Sí (Yes)	<input type="checkbox"/> No

Anote cualquier otro problema endocrino (List any other endocrine (glands) problems): \_\_\_\_\_

**GENERAL**

¿Ha notado alguna inflamación o protuberancia en su cuello, axilas o ingle? (Have you noticed any swelling or a lump in your neck, armpits or groin?)	<input type="checkbox"/> Sí (Yes)	<input type="checkbox"/> No
¿Tiene algún problema para dormirse o permanecer dormido? (Do you have trouble falling asleep or staying asleep?)	<input type="checkbox"/> Sí (Yes)	<input type="checkbox"/> No
¿Ha tenido un colapso nervioso? (Have you had a nervous breakdown?)	<input type="checkbox"/> Sí (Yes)	<input type="checkbox"/> No

**PREGUNTAS ADICIONALES PARA HOMBRES SOLAMENTE** (Additional Questions For Men Only)

¿Alguna vez ha tenido algún problema con la glándula de la próstata? (Have you ever had any prostate gland trouble?)	<input type="checkbox"/> Sí (Yes)	<input type="checkbox"/> No
¿Alguna vez ha tenido problemas de erección? (Do you have trouble with erections?)	<input type="checkbox"/> Sí (Yes)	<input type="checkbox"/> No

Anote cualquier otro problema de varones (List any other male problems): \_\_\_\_\_

**PREGUNTAS ADICIONALES PARA MUJERES SOLAMENTE** (Additional Questions For Women Only)

¿Sus menstruaciones son irregulares? (Are your periods irregular?)	<input type="checkbox"/> Frecuentemente	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Nunca
¿Padece de muchos cólicos durante su menstruación? (Do you have a lot of cramping with your period?)	<input type="checkbox"/> Frecuentemente	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Nunca
¿Durante este último año ha tenido sangrado vaginal aparte de su menstruación? (Have you, within the past year, had vaginal bleeding other than at the time of a period?)	<input type="checkbox"/> Sí (Yes)	<input type="checkbox"/> No	
¿Alguna vez ha tenido un bulto en sus senos? (Have you had a lump in your breast?)	<input type="checkbox"/> Sí (Yes)	<input type="checkbox"/> No	
¿Alguna vez ha estado embarazada? Si es que sí, ¿Cuántas veces? _____ (Have you ever been pregnant? (If yes, how many times?)	<input type="checkbox"/> Sí (Yes)	<input type="checkbox"/> No	
Número de hijos vivos (Number of living children): _____			

¿Cuándo fue el primer día de su última menstruación? \_\_\_\_\_  
(When was the first day of your last period?)

¿Cuándo fue su última prueba de Papanicolaou? \_\_\_\_\_  
(When was your last pap smear?)

Anote cualquier otro problema de mujeres (List any other female problems): \_\_\_\_\_

**DENTAL**

¿Alguna vez ha sentido dolor en la articulación mandibular (dolor enfrente del oído)? (Have you had any pain in your jaw joints (pain in front of your ear)?)	<input type="checkbox"/> Frecuentemente	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Nunca
--	---	---	--------------------------------

¿Cuándo fue su última examinación dental? (When was your last dental exam?) \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN ADICIONAL** (Additional Information)

Por favor anote cualquier otra inquietud o cualquier otro problema (Please list any other concerns or problems):

---



---



---



---



---