

Southeast Texas Ear Nose & Throat  
Formulario de historial del paciente

Name \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Tiene o ha tenido estas afecciones o síntomas (marque con un círculo):

- |  |  |   |
|--|--|---|
| S N Cansancio frecuente  | S N Problemas de sinusitis                 | S N Problemas respiratorios                 |
| S N Enfermedad psiquiátrica                                    | S N Tos crónica                            | S N Asma                                    |
| S N Glándulas inflamadas                                       | S N Fiebre del heno/alergias               | S N Enfisema                                |
| S N VIH S N Ronquera   | S N Dificultad para respirar               |   |
| S N Tendencias a sangrar                                       | S N Migrañas o dolor de cabeza             | S N Tuberculosis                            |
| S N Trastorno de la sangre                                     | S N Apnea del sueño,<br>si es así CPAP S N |   |
| S N Coágulos de sangre   | S N Aneurisma                              | S N Problemas de tiroides                   |
| S N Transfusiones/reacciones                                   | S N Trastornos del sistema nervioso        | S N Bronquitis                              |
| S N Hígado - Hepatitis/Jaundice/Otro (Neuropatía/MS/Parkinson) |  | S N Historia de entumecimiento              |
| S N Dolor de pecho   | S N Neumonía                               | S N Diabetes                                |
| S N Hormigueo en brazos/piernas<br>anticoagulantes             | S N Prolapso de la válvula mitral          | S N Aspirina diaria o                       |
| S N Problemas de riñón/vejiga                                  | S N Hernia de hiato                        | S N Accidente cerebrovascular               |
| S N Pérdida de peso  | S N Desmayos                               | S N Soplo cardíaco                          |
| S N Problemas estomacales/intestinales                         | S N Convulsiones/epilepsia/convulsiones    | S N Marcapasos                              |
| S N Pérdida de apetito   | S N Abuso de drogas                        | S N Latidos irregulares/rápidos del corazón |
| S N Uso actual de píldoras/inyecciones dietéticas              | S N Abuso de alcohol                       | S N Ataque cardíaco                         |
| S N Glaucoma   | S N Alergia al látex                       | S N Hipertensión arterial                   |
| S N Otros problemas oculares                                   | S N Alergia a los adhesivos                | S N Enfermedad cardíaca                     |
| S N Cirugía previa con clavos/varillas/placas                  |  |   |

Por favor, indique el/los médico(s) actual(es): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Alergias a medicamentos/tipo de reacción:

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

Lista de cirugías anteriores:

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

¿Vacunas recientes o cualquier otra información que debemos conocer sobre su salud?

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

Medicamentos actuales: (Incluya medicamentos/vitaminas/suplementos sin receta, etc.)

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

Revisión de sistemas/síntomas (marque con un círculo):

CONSTITUCIONAL CARDIOVASCULAR OJOS GENITO URINARIO

Fiebre Escalofríos Dolor de pecho Cambios de visión Sangre en la orina  
Sudores nocturnos Latidos irregulares del corazón Visión borrosa Dificultad para orinar  
Pérdida de peso Enfermedad cardíaca Irritación/drenaje Infecciones recurrentes

OÍDO NARIZ/SENO GARGANTA RESPIRATORIO

Dolor/hinchazón Congestión nasal Infecciones recurrentes Dificultad respiratoria  
Drenaje Dolor Tos  
Llenura/Presión Estornudos Dificultad para tragar Sibilancias  
Pérdida de audición Pérdida de olfato Ronquera  
Acúfenos/Zumbidos Ronquidos Hemorragias nasales Pérdida del gusto

GASTROINTESTINAL MUSCULOESQUELÉTICO PIEL/MAMA NEUROLÓGICO

Reflujo/Acidez Debilidad Masas/Lesiones Dolor  
Náuseas/Vómitos Dolor en las articulaciones/Hinchazón Erupción cutánea Dolores de cabeza  
Cambios intestinales/diarrea Adormecimiento  
Dolor de estómago Mareos/Problemas de equilibrio

PSIQUIÁTRICO ENDOCRINO HEMATOLÓGICO/LINFÁTICO

Ansiedad Fatiga Sangrado anormal Tendencia a las hemorragias / hematomas Fácilmente  
Depresión Nerviosismo Glándulas inflamadas

ALÉRGICO/INMUNOLÓGICO

Infecciones frecuentes  
Ojos llorosos  
Urticaria

Historia social:

¿Toma usted bebidas alcohólicas? (marque con un círculo) Diariamente Ocasionalmente Rara vez Nunca

¿Consumo de drogas recreativas? \_\_\_\_\_

¿Fumas? S N \_\_\_\_\_ ¿Paquetes/día o \_\_\_\_ Sin humo? Duración \_\_\_\_\_ años

Si la respuesta es no, ¿ha fumado alguna vez? S N ¿Cuándo dejó de fumar? \_\_\_\_\_

Mujeres: ¿última menstruación? \_\_\_\_\_ ¿Está usted embarazada ahora? S N

Historia familiar:

\_\_\_\_ Enfermedad cardíaca \_\_\_\_ Trastorno hemorrágico \_\_\_\_ Infarto \_\_\_\_ Presión arterial alta

\_\_\_\_ Diabetes \_\_\_\_ Cáncer ¿Quién? \_\_\_\_\_ ¿Lugar? \_\_\_\_\_

La información proporcionada es completa y exacta en la medida de mis posibilidades.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
tutor Firma del médico