

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,
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
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