

HISTORIAL MÉDICO

Bienvenido a nuestra práctica médica. Puesto que usted es un paciente nuevo le pedimos que por favor complete la información a continuación de la mejor manera posible.

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____ Fecha de hoy: _____
Paciente # _____

Molestia principal: _____

Información sobre el problema actual:

Lugar: _____
(¿Dónde está el dolor o problema?)

Calidad: _____
(Ejemplo: actividad, color, etc, que no es normal)

Severidad: _____
(¿Qué grado de intensidad tiene el dolor o problema en una escala de 1-5, siendo 5 el dolor más intenso?)

Duración: _____
(¿Durante cuánto tiempo ha tenido este dolor/problema, o cuándo comenzó?)

Manifestación: _____
(¿El dolor se manifiesta en momentos específicos?)

Contexto: _____
(¿Dónde se encontraba usted cuando se inició el problema/dolor?)

Síntomas relacionados _____
(¿Qué otros problemas relacionados tiene?)

Factores modificadores: _____
(¿Qué agrava el dolor o problema, o qué lo alivia? ¿Ha tenido anteriormente estos episodios?)

Información médica previa

Ha tenido usted alguno de los siguientes problemas: (marque un círculo en "Sí" o "No", o deje en blanco si no sabe)

Sarampión.....	Sí	No	Anemia.....	Sí	No	Problema de columna.....	Sí	No	Hepatitis.....	Sí	No
Paperas.....	Sí	No	Infección de vejiga.....	Sí	No	Presión alta.....	Sí	No	Úlcera.....	Sí	No
Varicela.....	Sí	No	Epilepsia.....	Sí	No	Presión baja.....	Sí	No	Problema de riñón.....	Sí	No
Tos convulsa.....	Sí	No	Migrañas.....	Sí	No	Hemorroides.....	Sí	No	Problema de tiroides.....	Sí	No
Fiebre escarlatina	Sí	No	Tuberculosis.....	Sí	No	Fecha de última radiografía.....	-----		Tendencia a sangrar.....	Sí	No
Difteria.....	Sí	No	Diabetes.....	Sí	No	Asma.....	Sí	No	Otras enfermedades	Sí	No
Viruela.....	Sí	No	Cáncer.....	Sí	No	Ronchas o eccema.....	Sí	No	Listarlas por favor:		
Neumonía.....	Sí	No	Polio.....	Sí	No	SIDA o VIH.....	Sí	No	_____		
Fiebre reumática..	Sí	No	Glaucoma.....	Sí	No	Mononucleosis infecciosa	Sí	No	_____		
Problemas de corazón.....	Sí	No	Hernia.....	Sí	No	Bronquitis.....	Sí	No	_____		
Artritis.....	Sí	No	Transfusión de sangre o de plasma.....	Sí	No	Prolapso de válvula mitral	Sí	No	_____		
Enfermedades venéreas.....	Sí	No				Apoplejía.....	Sí	No	_____		

Hospitalizaciones/cirugías/enfermedades serias previas ¿Cuándo? _____ Hospital, ciudad, estado _____

Medicamentos: (incluya también los que no son con receta médica) _____

Antecedentes sociales del paciente:

Estado Civil soltero _____ casado _____ separado _____ divorciado _____ viudo _____
Uso de alcohol: nunca _____ de vez en cuando _____ moderado _____ diario _____
Uso de tabaco: nunca _____ Antes pero dejé _____ actualmente, # de paquetes por día _____
Uso de drogas: nunca _____ tipo/frecuencia _____
Exposición excesiva en el hogar o trabajo a: gases _____ polvo _____ solventes _____ partículas en el aire _____ ruido _____

Antecedentes médicos familiares:

	Edad	Enfermedades	Si ha muerto, causa de muerte
Padre	_____	_____	_____
Madre	_____	_____	_____
Hermanos	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
Esposa	_____	_____	_____
Hijos	_____	_____	_____
	_____	_____	_____

Revisión de los sistemas: por favor indicar a continuación los antecedentes personales

Síntomas constitucionales

Últimamente buena salud general No Sí
 Cambio de peso reciente... No Sí
 Fiebre..... No Sí

Fatiga No Sí

Dolor de cabeza No Sí

Ojos

Lesión o enfermedad ocular..... No Sí
 Usa lentes/lentes de contacto.... No Sí
 Visión borrosa o doble..... No Sí

Nariz/garganta/oído/boca

Pérdida de la audición..... No Sí
 Zumbido en los oídos..... No Sí
 Problema crónico de senos o rinitis..... No Sí
 Dolor o drenaje de los oídos..... No Sí

Sangrado de nariz..... No Sí
 úlceras en la boca..... No Sí

Encías que sangran..... No Sí

Mal aliento o mal gusto No Sí

Dolor de garganta o cambio de voz..... No Sí

Ganglios inflamados del cuello... No Sí

Cardiovascular

Problemas de corazón..... No Sí

Dolor o angina del pecho..... No Sí

Palpitaciones..... No Sí

Falta de aire al caminar o estar recostado..... No Sí

Hinchazón de pies, tobillos o manos..... No Sí

Respiratorio

Tos frecuente o crónica..... No Sí

Espujo de sangre..... No Sí

Falta de aire..... No Sí

Respiración sibilante..... No Sí

Genito-urinario

Orina frecuente..... No Sí
 Dolor o ardor al orinar..... No Sí
 Sangre en la orina..... No Sí

Cambios en el esfuerzo para orinar..... No Sí

Incontinencia o escape de unas gotas de orina..... No Sí

Piedras en los riñones..... No Sí

Dificultad en lo sexual..... No Sí

Hombres – dolor testicular..... No Sí

Mujeres – dolor menstrual..... No Sí

Mujeres – periodos irregulares... No Sí

Mujeres – secreción vaginal..... No Sí

Mujeres – # de embarazos..... _____

Mujeres – # de pérdidas..... _____

Mujeres – fecha de último Papanicolaou..... _____

Músculo-esquelético

Dolor de articulaciones..... No Sí

Inflamación o anquilosamiento de articulaciones..... No Sí

Debilidad muscular/en articulación..... No Sí

Dolor o calambres musculares.. No Sí

Dolor de columna..... No Sí

Extremidades frías..... No Sí

Dificultad para caminar..... No Sí

Tegumentario (piel, senos)

Erupción o picazón..... No Sí

Cambios en el color de la piel... No Sí

Cambios en pelo o uñas..... No Sí

Várices..... No Sí

Dolor de senos..... No Sí

Dureza en los senos..... No Sí

Flujo de los senos..... No Sí

Neurológico

Dolores de cabeza frecuentes o recurrentes..... No Sí

Mareos No Sí

Psiquiátrico

Pérdida de memoria o confusión.... No Sí

Estado nervioso..... No Sí

Depresión..... No Sí

Insomnio..... No Sí

Endocrino

Problema hormonal o glandular..... No Sí

Sed u orina excesiva..... No Sí

Intolerancia al frío o calor..... No Sí

Piel se vuelve seca..... No Sí

Cambio en el tamaño de guantes o sombrero..... No Sí

Hematológico/linfático

Cortes lentos en cicatrizar No Sí

Tendencia a sangrar o hacerse moretones..... No Sí

Anemia..... No Sí

Flebitis..... No Sí

Transfusión en el pasado..... No Sí

Glándulas grandes..... No Sí

Alérgico/inmunológico

Antecedentes de reacciones de piel u otras reacciones adversas:

Penicilina u otros antibióticos..... No Sí

Morfina, demerol u otros narcóticos..... No Sí

Novocaína u otros anestésicos..... No Sí

Aspirina u otros calmantes..... No Sí

Antitoxina tetánica u otros sueros... No Sí

Yodo, mertiolato u otros antisépticos..... No Sí

Otras drogas/medicamentos: _____

Alergia a alimentos: _____

Alergias del medio ambiente: _____

<input type="checkbox"/> Gastrointestinal		Convulsiones o ataques.....	No Sí
Pérdida de apetito.....	No Sí	Sensación de entumecimiento u hormigueo.....	No Sí
Cambios en el movimiento intestinal	No Sí	Temblores.....	No Sí
Náusea o vómitos.....	No Sí	Parálisis.....	No Sí
Diarrea frecuente.....	No Sí	Lesión en la cabeza.....	No Sí
Movimiento intestinal doloroso o estreñimiento.....	No Sí		
Sangrado rectal o sangre en las heces.....	No Sí		
Dolor abdominal.....	No Sí		

He contestado correctamente las preguntas de esta forma según mis mejores conocimientos. Entiendo que la información incorrecta que proporcione puede ser perjudicial para mi salud. Tengo la responsabilidad de informar a la oficina médica algún cambio en el estado de mi salud. También autorizo al personal médico que efectúe los servicios necesarios que yo necesite.

Firma del paciente, padre o tutor

Fecha

Comentarios del médico

Firma del médico

Fecha

(Request for Release of Medical Records)

SOLICITUD PARA ENTREGAR LOS EXPEDIENTES MÉDICOS

ESCRIBA EN IMPRENTA EL NOMBRE, DIRECCIÓN, NÚMERO DE TELÉFONO Y NÚMERO DE FAX DE SU MÉDICO. SI NO TIENE ESTA INFORMACIÓN, PUEDE ESCRIBIR SOLO EL NOMBRE Y APELLIDO DEL MÉDICO.

PARA CUMPLIR CON LAS REGLAMENTACIONES DE HIPAA REFERENTES AL MÍNIMO NECESARIO, LE RUEGO QUE ME ENVÍE UNA COPIA DE LA SECCIÓN DE MIS EXPEDIENTES MÉDICOS RELACIONADA CON: _____
(DIAGNOSIS)

**NORTH FULTON ENT ASSOCIATES
2500 HOSPITAL Blvd., STE 450
ROSWELL, GA 30076
(770)343-8675 FAX # (770) 343-6297**

NOMBRE DEL PACIENTE (*name*): _____

FECHA DE NACIMIENTO (*DOB*): _____

FIRMA (*signature*): _____

RELACIÓN CON EL PACIENTE (*Relationship*): _____

(Important Notice)
AVISO IMPORTANTE

ESTIMADO PACIENTE:

NUESTRA PRÁCTICA SE DEDICA A LA CIRUGÍA, POR LO TANTO ES POSIBLE QUE SU TRATAMIENTO INCLUYA PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS.

SI USTED CAMBIA LA FECHA O CANCELA SU CIRUGÍA DENTRO DE LOS 14 DÍAS ANTES DEL PROCEDIMIENTO, SE LE COBRARÁ UN CARGO DE \$100 POR CANCELAR, O SE DEDUCIRÁ ESTE CARGO DE SU DEPÓSITO. (EXCEPCIÓN: ENFERMEDAD O MUERTE EN SU FAMILIA CERCANA).

ES PROBABLE QUE A VECES SU MÉDICO REQUIERA ANÁLISIS QUE NO SE REALIZAN DENTRO DE NUESTRA OFICINA. ESTOS PUEDEN SER ANÁLISIS DE SANGRE, BIOPSIAS, ANÁLISIS DE MUESTRAS O DE CULTIVOS.

DEBE SABER QUE LA FACTURA DEL LABORATORIO DONDE SE REALIZAN ESTOS ANÁLISIS LE PUEDE LLEGAR A USTED. SI SU PLAN DE ASEGURANZA MÉDICA LE EXIGE QUE USE UN LABORATORIO EN PARTICULAR, LE ROGAMOS QUE SE LO COMUNIQUE A LAS ENFERMERAS PARA QUE ENVÍEN LAS MUESTRAS AL LABORATORIO CORRECTO. NO NOS HACEMOS RESPONSABLES POR LAS MUESTRAS ENVIADAS AL LABORATORIO INCORRECTO.

SI TIENE ALGUNA PREGUNTA RELACIONADA CON ESTE AVISO, LA RECEPCIONISTA LE PODRÁ AYUDAR.

HE LEÍDO Y ENTIENDO EL AVISO DESCRITO ANTERIORMENTE.

FIRMA DEL ASEGURADO O PERSONA AUTORIZADA

North Fulton Ear, Nose and Throat Associates, P.C.

(Receipt of Notice of Privacy Policies/Written Acknowledgement Form)

**Acuso de Recibo del Aviso de las Prácticas de Privacidad
Forma escrita de acuso de recibo**

Yo, _____, he recibido una copia del Aviso de las Prácticas de Privacidad de North Fulton Ear, Nose and Throat Associates, P.C. (*Notice of Privacy Policies*).

Firma del paciente/padre/tutor legal

Fecha