

## Imperial Cardiac Center Imperial Valley Family Care Medical Group

### INFORMACIÓN PERSONAL

SU NOMBRE:	LA FECHA:
FECHA DE NACIMIENTO:	LUGAR DE NACIMIENTO:
<input type="checkbox"/> CASADO (A) <input type="checkbox"/> SOLTERO (A) <input type="checkbox"/> DIVORCIADO (A) <input type="checkbox"/> VIUDA <input type="checkbox"/>	
SU OCUPACIÓN:	¿POR CUANTO TIEMPO?

ENFERMEDADES	SU HISTORIA MEDICA	HERIDAS
ANEMIA <input type="checkbox"/>	CANCER <input type="checkbox"/>	HERIDAS DE LA CABEZA <input type="checkbox"/>
PROBLEMAS DEL CORAZÓN <input type="checkbox"/>	ULCERAS DEL ESTOMAGO <input type="checkbox"/>	HUEZOS QUEBRADOS <input type="checkbox"/>
ALTA PRESIÓN <input type="checkbox"/>	ENFERMEDADES SEXUALES <input type="checkbox"/>	HERIDAS DE LA ESPALDA <input type="checkbox"/>
DIABETES <input type="checkbox"/>	PULMONÍA <input type="checkbox"/>	<b>CIRUGÍAS / OPERACIONES</b>
TUBERCULOSIS <input type="checkbox"/>	HEPATITIS <input type="checkbox"/>	HERNIA <input type="checkbox"/>
EMBOLIA <input type="checkbox"/>	PROBLEMAS DE LOS RIÑONES <input type="checkbox"/>	VESÍCULA <input type="checkbox"/>
ULCERAS DEL ESTOMAGO <input type="checkbox"/>	ASMA <input type="checkbox"/>	HISTERECTOMÍA <input type="checkbox"/>
EL SARAMPIÓN <input type="checkbox"/>	PROBLEMAS DE LA ESPALDA <input type="checkbox"/>	APENDECTOMÍA <input type="checkbox"/>
LAS PAPERAS <input type="checkbox"/>	TRANSFUSIONES DE SANGRE <input type="checkbox"/>	PRÓSTATA <input type="checkbox"/>
ARTRITIS <input type="checkbox"/>		OTRO:
DOLORES DE CABEZA (JAQUECAS) <input type="checkbox"/>		

LISTA DE MEDICINAS	MEDICINAS	HABITOS PERSONALES
	ALERGIÁS	FUMA? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	PENICILINA <input type="checkbox"/>	TOMA ALCOHOL? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	SULFA <input type="checkbox"/>	USA DROGAS? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	OTRAS ALERGIAS:	USA CINTURONES DE CARRO <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
MEDICINAS QUE TOMA QUE NO REQUIERE RECETA:		

### HISTORIA DE FAMILIA

PADRE: VIVE - SU SALUD:	MADRE: VIVE - SU SALUD
MUERTO - CAUSA:	MUERTA - CAUSA:
HERMANOS / HERMANAS:	
ENFERMEDADES DEL CORAZÓN <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	EMBOLIA <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
ANEMIA <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	CANCER DE INTESTINOS <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
CANCER DE LOS PECHOS <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	DIABETES <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	ALTA PRESIÓN <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	TUBERCULOSIS <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

JLJ: 04-94 DATA\FORMSHLTH\_HXS.DOC

**Patient History Questionnaire**  
(Favor de llenar el otro lado)

**SINTOMAS**  
**MARQUE SÍ O NO:**

GENERAL			INTESTINOS		
CAMBIO DE PESO	Sí	No	CAMBIO DE APETITO	Sí	No
MORETES O HEMORRAGIAS ANORMALES	Sí	No	DIFICULTADES TRAGANDO	Sí	No
FIEBRE	Sí	No	ARDOR EN EL ESTOMAGO	Sí	No
			MUCHOS GASES	Sí	No
			NAUSEA	Sí	No
<b>CABEZA Y NERVIOS</b>			VOMITO	Sí	No
DEPRIMIDO	Sí	No	VOMITO CON SANGRE	Sí	No
DIFICULTADES DURMIENDO	Sí	No	DIARREA	Sí	No
DIFICULTADES DE SU MEMORIA	Sí	No	ESTREÑIMIENTO	Sí	No
DOLOR DE CABEZA	Sí	No	HEMORROIDES	Sí	No
MAREOS O DESMAYOS	Sí	No	EXCREMENTO NEGRO O CON SANGRE	Sí	No
ENFERMEDADES O HERIDAS DE LOS OJOS	Sí	No			
PROBLEMAS DE VISTA	Sí	No	<b>ORINARIO</b>		
USA LENTES	Sí	No	ORINA FRECUENTEMENTE	Sí	No
PROBLEMAS DE LOS OIDOS	Sí	No	ORINA FRECUENTEMENTE DE NOCHE	Sí	No
RUIDO EN LOS OIDOS	Sí	No	DOLOR CUANDO ORINA	Sí	No
SANGRANDO DE LA NARIZ	Sí	No	SANGRE EN LA ORINA	Sí	No
PROBLEMAS CON ENCÍAS	Sí	No	PERDIDA DE LA ORINA	Sí	No
			RELACIONES SEXUALES	Sí	No
<b>PECHOS</b>			USA PROTECCION	Sí	No
BOLAS O QUISTES	Sí	No			
DESECHO	Sí	No	<b>PIEL Y HUEZOS</b>		
			DOLOR EN LOS HUEZOS	Sí	No
<b>CORAZON Y PULMONES</b>			TIEZO O HINCHADO	Sí	No
CORTO DE RESPIRACION	Sí	No	DOLOR O DEBILIDAD EN LOS MUSCULOS	Sí	No
CORTO DE RESPIRACION CUANDO ACOSTADO	Sí	No	DOLOR O RONCHAS DE PIEL	Sí	No
ASMA	Sí	No	DOLOR EN LAS PIERNAS	Sí	No
MUCHA TOS	Sí	No	CALAMBRES EN LOS MUSCULOS	Sí	No
SANGRE EN LA FLEMA	Sí	No			
DOLOR DE PECHO	Sí	No	<b>GYNECOLOGIA</b>		
PALPITACIONES DEL CORAZON	Sí	No	EDAD CUANDO EMPIEZO A REGLAR		
			PRIMER DIA DE SU ULTIMA REGLA		
			CUANTOS DIAS DURA		
			DOLOR O COLICOS	Sí	No
			NÚMERO DE EMBARAZOS		
			NÚMERO DE ABORTOS		
			NÚMERO DE HIJOS VIVOS		
<b>SIGNATURE / INITIALS OF MD REVIEWING:</b>					