

Historia clínica del paciente

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

Edad: _____ Altura: _____ Peso: _____

Office Use Only (Sólo para uso en oficina)

BP _____ P _____ R _____ T _____

Motivo de consulta: Dolor Entumecimiento Weakness Debilidad Rigidez Erupción/Picazón Inestabilidad
 Otro _____

Parte del cuerpo afectada: Derecha Izquierda _____

Fecha de lesión o de aparición de los síntomas: _____

¿En dónde ocurrió la lesión/síntomas? En casa En el trabajo Mientras hacía deportes/actividades recreativas
 Accidente automovilístico En la escuela Otro _____

¿Cómo ocurrió la lesión/síntomas? De repente/traumáticamente Al levantar peso/encorvarme Gradualmente
 Lesión relacionada con una caída Reparación de una lesión anterior
 Otro _____

Alergias: No sabe Látex Soja Huevos Penicilina Sulfa Yodo Mariscos Materiales radioactivos
 Otro _____

Medicamentos que toma actualmente: Ninguno

Nombre los medicamentos, con y sin prescripción, que toma; incluya las vitaminas, lo suplementos de hierbas y de nutritivos.

Medicamento	Dosis	Frecuencia	Medicamento	Dosis	Frecuencia
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

Revisión del Organismo: (Seleccione todo lo que corresponda)

General: NINGUNO Cansancio excesivo Debilidad Fiebre Intolerancia para el ejercicio Otro _____

Problemas en los Ojos: NINGUNO Visión borrosa Visión doble Cataratas Glaucoma Sensibilidad a la luz
 Anteojos/Lentes de contacto Otro _____

Oídos, Nariz, Garganta, Boca: NINGUNO Dificultad para tragar Sangrados nasales Dolor de garganta Dolor de oído
 alergias estacionales Problemas de audición Otro _____

Cardiovascular: NINGUNO Presión sanguínea elevada Ataque al corazón Dolor de pecho Palpitaciones Coágulos de sangre
 Soplo Otro _____

Respiratorio: NINGUNO Falta de aliento Asma Apneas del sueño Tos crónica Dificultad para respirar
 Otro _____

Estomacal/Intestinal: NINGUNO Ardor estomacal Náuseas Vómitos Dolor abdominal Problemas de vesícula biliar
 Otro _____

Riñón/Vejiga: NINGUNO Dolor al orinar Ganas de orinar frecuentes Incontinencia Infecciones urinarias frecuentes
 Agrandamiento de la próstata Otro _____

Músculo Esquelético: NINGUNO Dolores musculares Rigidez en las articulaciones Dolor en las articulaciones
 Hinchazón de las articulaciones Otro _____

Problemas de Piel: NINGUNO Picazón Sequedad excesiva Urticaria Dermatitis Otro _____

Neuronal/Psicológico: NINGUNO Ansiedad Depresión Dolores de cabeza Pérdida de memoria Ataques DDA/TDAH
 Otro _____

Problemas Endócrinos: NINGUNO Aumento de peso Pérdida de peso Diabetes Problemas de tiroides Gota
 Problemas de Hígado Otro _____

Hematologic: NINGUNO Desarrollo de hematomas con facilidad Sangrado prolongado Anemia Otro _____

Reproductivo: NINGUNO Dolor en la pelvis Sangrado intenso Quistes Otro _____

Si es mujer, ¿está embarazada? Sí No Fecha del último período menstrual: _____

