

## 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 \_\_\_\_\_

**Hematológico:**  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: \_\_\_\_\_

