

Stony Brook Extended Care
 A LOCATION OF STONY BROOK INTERNIST
 UNIVERSITY ASSOCIATES IN OBSTETRICS & GYNECOLOGY

23 South Howell Avenue, Suites A, B & C, Centereach, NY 11720 Phone: 631-542-0550 Fax: 631-650-7473

Nueva Historia Médica del Paciente

| | | | |
|--------------------------------------|------------------------------------|------------|------------|
| Nombre: _____ | Fecha de Nacimiento: ___/___/ 19__ | Edad: ____ | Sexo: ____ |
| ¿Cómo se enteró de nuestra práctica? | | | |

| |
|--|
| Por favor, explique brevemente en el cuadro debajo de la razón de su visita |
| |

| Médico Historial | | | |
|---|---------------|----------------------|---------------|
| Condición/Enfermedad | Año de inicio | Condición/Enfermedad | Año de inicio |
| <input type="checkbox"/> Hipertensión | | Otros: | |
| <input type="checkbox"/> Colesterol Alto | | | |
| <input type="checkbox"/> Hyper/Hipotiroudismo | | | |
| <input type="checkbox"/> EPOC, enfisema o asma | | | |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | | | |
| <input type="checkbox"/> ERGE | | | |
| <input type="checkbox"/> La depression o ansiedad | | | |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades del Corazón | | | |

| Procedimientos/Hospitalizaciones/Lesiones Graves quirúrgicas anteriores o fracturas | | | |
|---|-----------|------------------------------------|-----------|
| Operación/Hospitalización/Lesiones | Mes / Año | Operación/Hospitalización/Lesiones | Mes / Año |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| Otros Médicos y Especialistas | |
|---|--|
| <i>Liste debajo de sus otros medicos (es decir, Gyn, Dermatológica, GI, Ortopedia, Urología, Psiquiatria)</i> | |
| | |

| Medicamentos o alergias o intolerancias alimentarias | | | |
|--|----------|------------------------|----------|
| <i>Lista de abajo medicamentos o alimentos que causan una reacción alérgica (es decir, erupción cutánea, hinchazón) o intolerancia (es decir, náuseas)</i> | | | |
| Medicamento / Almiento | Reacción | Medicamento / Almiento | Reacción |
| | | | |
| | | | |

| Historial de Salud Familiar | | | | |
|------------------------------------|------------------------|-----------------------------------|------------------------|---------------------------|
| <i>Relativa</i> | <i>Vivir o Difunto</i> | <i>Edad actual o a la edad de</i> | <i>Causa de muerte</i> | <i>Problemas de salud</i> |
| Padre: | | | | |
| Madre: | | | | |
| Hermano(s): | | | | |
| | | | | |
| Hermana(s): | | | | |
| | | | | |
| Niño/a(s): | | | | |
| | | | | |

| Mantenimiento de la Salud | | | | |
|----------------------------------|--------------|-----------|-----------------------------|-----------------------------|
| <i>Pruebas realizadas</i> | <i>Fecha</i> | | | |
| Lípidos (cholesterol) | | ¿Anormal? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Colonoscopia | | ¿Anormal? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Mamografía | | ¿Anormal? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| PAP | | ¿Anormal? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Densidad ósea | | ¿Anormal? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Examen Dental | | | | |
| Examen de Ojos | | | | |

| Vacunas | |
|-----------------------|--------------|
| | <i>Fecha</i> |
| El Tétanos (Tdap) | |
| Influenza | |
| Pneumovax (Neumonía) | |
| Zostavax (Culebrilla) | |

| Medicamentos Actuales | | | |
|------------------------------|--------------|-------------------|--------------|
| <i>Medicación</i> | <i>Dosis</i> | <i>Medicación</i> | <i>Dosis</i> |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| Social, Educación e Historia Trabajo | |
|--|--|
| Estado civil: | |
| Estatus (marque uno): Empleado <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> / Retirado <input type="checkbox"/> / Desactivado <input type="checkbox"/> | Horas trabajadas por semana: |
| ¿Bebe alcohol? | ¿Número de bebidas por semana? |
| ¿Es usted un fumador? | Si sí, ¿cuántos paquetes por día? |
| ¿Eres un ex fumador? | En caso afirmativo, ¿en qué año dejó de fumar? |
| ¿Haces ejercicio? | Duración y Frecuencia? |

Revisión de los Sistemas
*Por favor, marque cualquier **persistente** síntomas que ha tenido en los **meses últimos**. Leer a través de cada sección y marcan "no hay problemas" si ninguno de los síntomas se aplica a usted.*

General

- Pérdida de peso inexplicable/ganancia
- Fatiga inexplicable/debilidad
- Fiebre/escalofríos
- No hay problemas**

Piel

- Nuevo o cambio en mole
- Rash/picor
- No hay problemas**

Seno

- Dolor de pecho/nudo/secreción
- No hay problemas**

Oídos/Nariz/Garganta

- Las hemorragias nasales
- Dificultad para tragar
- Frecuentes dolores de garganta
- La pérdida de audición/zumbido en los oídos
- No hay problemas**

Ojos

- Cambios en la visión
- Dolor ocular
- Enrojecimiento de los ojos
- No hay problemas**

Cardiovascular

- El dolor torácico/malestar
- Palpitaciones (rápido o irregular latidos del corazón)
- No hay problemas**

Respiratorio

- Tos/sibilancias
- Los ronquidos fuertes/respiración durante el sueño
- A falta de aliento con el esfuerzo
- No problems**

Gastrointestinal

- La acidez/reflujo/indegestión
- Sangre o cambio en el intestino movimiento
- Estreñimiento
- No hay problemas**

Genitourinario

- Goteo de la orina
- Sangre en la orina
- La micción nocturna o aumento frecuencia
- Secreción del pene o de la vagina
- La preocupación con la función sexual
- No hay problemas**

Musculoesqueléticos

- El dolor de cuello
- El dolor de espalda
- Músculo/dolor en las articulaciones
- No hay problemas**

Endocrino

- El calor o la sensibilidad al frío
- No hay problemas**

Hematológico/Linfático

- Glándulas inflamadas
- Fácil aparición de moretones
- No hay problemas**

Neurológico

- Dolor de cabeza
- Pérdida de la memoria
- Desmayo
- Mareos
- Entumecimiento/hormigueo
- Marcha inestable
- Caídas frecuentes
- No hay problemas**

Alérgica/Immuno

- Fiebre del heno/alergias
- Infecciones frecuentes
- No hay problemas**

Psiquiátrico

- La ansiedad/estrés/irritabilidad
- Los problemas del sueño
- Falta de concentración
- No hay problemas**

Sólo Mujeres

- Síntomas premenstruales (hinchazón, calambres, irritabilidad)
- Problema con períodos menstruales
- sofocos/sudores nocturnos
- No hay problemas**

Por favor, escribe cualquier otra preocupación aquí: _____

