



# Internal Medicine & Healthy Lifestyle

9486 Narcoossee Rd, Orlando FL, 32827

Phone : 407-476-9066

ramosmd@internalmedhl.com

PATIENT NAME: \_\_\_\_\_

## CUESTIONARIO DE SALUD PARA PACIENTE NUEVO

Estatura : \_\_\_\_\_ Peso : \_\_\_\_\_

**ALERGIAS** :  NO  SI . SI ES SÍ, favor completar lo siguiente :

Medicina	Reaccion	General	Reaccion
Aspirin		Latex	
Erythromycin		Adhesive	
NSAIDs		Other	
Penicillin			
Sulfa			

### SOCIAL HISTORY :

¿Usted fuma ? SI <input type="checkbox"/> Cuantos al dia ? =
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ex- Fumador Cuando lo dejo ? =
¿Toma alcohol ? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No / Si es Si , Tipo =
Cuantos al dia? =
Usa drogas ilegales <input type="checkbox"/> Si , <input type="checkbox"/> No. / Si es Sí ,¿Qué tipo de sustancias?
Ejercicio? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No. ,Tipos :
Frecuencia:
¿Toma café ? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Cantidad por dia =

### HISTORIA MÉDICA PASADA :

<input type="checkbox"/> Trastorno hemorrágico o de la coagulación	<input type="checkbox"/> AIT (ataque isquémico transitorio)	<input type="checkbox"/> Infarto de miocardio (ataque al corazón)	<input type="checkbox"/> Hipertensión / Presión arterial alta
<input type="checkbox"/> Enfermedad de la arteria coronaria	<input type="checkbox"/> Infarto	<input type="checkbox"/> Diabetes - Insulina <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> Hipercolesterolemia
<input type="checkbox"/> Enfermedades de la tiroide	<input type="checkbox"/> Osteoporosis	<input type="checkbox"/> Enfermedades renales	<input type="checkbox"/> Apnea del sueño. Si es así, ¿usa CPAP? _____
<input type="checkbox"/> Embolia pulmonar	<input type="checkbox"/> Bronquitis crónica	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> COPD
<input type="checkbox"/> GERD/ Reflujo	<input type="checkbox"/> Ulcera Gastrica	<input type="checkbox"/> Enfermedades intestinales	<input type="checkbox"/> Enfermedades degenerativas del disco
<input type="checkbox"/> Artritis Reumatoide	<input type="checkbox"/> Psoriasis	<input type="checkbox"/> Osteoartritis	<input type="checkbox"/> Osteoporosis
<input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/> Ansiedad	<input type="checkbox"/> Cancer Type: _____	<input type="checkbox"/> HIV
<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Infección de las articulaciones	Otras::	Otras:

# Internal Medicine & Healthy Lifestyle

9486 Narcoossee Rd, Orlando FL, 32827

Phone : 407-476-9066

ramosmd@internalmedhl.com

## HISTORIA FAMILIAR :

Condiciones	Padre	Madre	Abuelo Materno	Abuelo Paterno	Abuela Materno	Abuela Paterno	Hermano	Hermana	Hijo	Hija
<i>Cancer - Tipo</i>										
<i>Enfermedad del corazón</i>										
<i>Diabetes</i>										
<i>Depresión</i>										
<i>Psiquiátrico</i>										
<i>Alta presión sanguínea</i>										
<i>Colesterol</i>										
<i>Asma</i>										
<i>Enfermedad pulmonar</i>										
<i>Glaucoma</i>										
<i>Enfermedad del riñón</i>										

## HISTORIAL QUIRÚRGICO (INCLUYENDO EL AÑO):


## HOSPITALIZACIÓN / VISITA DE URGENCIA (LOS ÚLTIMOS 3 MESES) :


## MEDICAMENTOS ACTUALES:

Medicamento	Dosis	Frecuencia	Medicamento	Dosis	Frecuencia

# Internal Medicine & Healthy Lifestyle

9486 Narcoossee Rd, Orlando FL, 32827

Phone : 407-476-9066

ramosmd@internalmedhl.com

**REVIEW OF SYSTEMS :**

<p><b><u>GENERAL:</u></b>  <input type="checkbox"/> Buena salud general  <input type="checkbox"/> Pérdida de apetito  <input type="checkbox"/> Debilidad  <input type="checkbox"/> Mareos  <input type="checkbox"/> Fiebre  <input type="checkbox"/> Fatiga  <input type="checkbox"/> Sentirse cansado todo el tiempo  <input type="checkbox"/> Aumento de peso más de 10 libras  <input type="checkbox"/> Pérdida de peso más de 10 libras  <b><u>PIEL:</u></b>  <input type="checkbox"/> Erupciones  <input type="checkbox"/> Fácilmente abollado  <b><u>MUSCULOESQUELÉTICO:</u></b>  <input type="checkbox"/> Dolor en las articulaciones  <input type="checkbox"/> Dolor muscular/Debilidad  <b>ENDOCRINO:</b>  <input type="checkbox"/> Problemas tiroideos  <input type="checkbox"/> Cambios en el apetito  <input type="checkbox"/> Diabetes  <b><u>SANGRE:</u></b>  <input type="checkbox"/> Coágulo sanguíneo  <input type="checkbox"/> Sangrado prolongado  <input type="checkbox"/> Sangrado espontáneo  <input type="checkbox"/> Nódulo linfático agrandado</p>	<p><b><u>HEENT:</u></b>  <input type="checkbox"/> Cambios en la audición  <input type="checkbox"/> Visión borrosa  <input type="checkbox"/> Cambios en la visión  <input type="checkbox"/> Lentas  <input type="checkbox"/> sinusitis  <input type="checkbox"/> Dolor/masa en el cuello  <input type="checkbox"/> Dificultad para tragar  <b><u>RESPIRATORIO:</u></b>  <input type="checkbox"/> Tos persistente  <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar  <input type="checkbox"/> Sibilancias  <b><u>CARDIOVASCULAR:</u></b>  <input type="checkbox"/> Dolor de pecho  <input type="checkbox"/> palpitaciones  <input type="checkbox"/> Latido del corazón irregular  <input type="checkbox"/> Soplo cardíaco  <b><u>PSICOLOGÍA:</u></b>  <input type="checkbox"/> Ansiedad  <input type="checkbox"/> Cambio en el patrón de sueño  <input type="checkbox"/> Depresión  <input type="checkbox"/> Problemas de memoria</p>	<p><b><u>GASTROINTESTINAL:</u></b>  <input type="checkbox"/> Diarrea  <input type="checkbox"/> Estreñimiento  <input type="checkbox"/> Náuseas vómitos  <input type="checkbox"/> Dolor abdominal  <input type="checkbox"/> Sangre en las heces  <b><u>NEUROLÓGICO:</u></b>  <input type="checkbox"/> Mareos  <input type="checkbox"/> Temblor  <input type="checkbox"/> Entumecimiento  <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza/Migraña  <input type="checkbox"/> Convulsiones/ataques  <b><u>GENITOURINARIO:</u></b>  <input type="checkbox"/> Sangre en la orina  <input type="checkbox"/> Dolor al orinar  <input type="checkbox"/> Mayor frecuencia de micción por la noche  <input type="checkbox"/> Problemas de erección  <input type="checkbox"/> Cálculos renales  <b><u>Obstetricia/ginecología (solo mujeres):</u></b>  <input type="checkbox"/> El embarazo _____  <input type="checkbox"/> Abortos _____  <input type="checkbox"/> Cirugías _____</p>
---	--	---

**EXAMEN DE SALUD PREVENTIVO:**

**EXÁMENES :**

**FECHA / AÑO :**

**LUGAR :**

Mamografía (mujer)		
Papanicolaou (femenino)		
Colonoscopia / Detección sigmoidea		
Examen de la vista		
Laboratorios de sangre		
PSA-Prostata (masculino)		
Densidad ósea (DEXA)		
Stress test / EKG		

**VACUNAS:**

**FECHA/AÑO:**

**VACUNAS:**

**FECHA/AÑO:**

Tetanus		Zoster ( shingles vaccine)	
Hepatitis		Covid Vaccine	
Tuberculosis (PPD) test			
Flu shot			
Pneumonia			