

Por favor complete el siguiente cuestionario a su mejor saber y entender. Si no está seguro de la respuesta, por favor déjelo en blanco.

Nombre del Paciente:		Fecha de Nacimiento :	
Teléfono de la casa:	Celular:	Correo electrónico:	
Estado Civil:	Dirección:		
Raza:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Nombre y Dirección de su Farmacia Local:			
Nombre y Dirección de la Farmacia de Servicio por Correo:			

### SALUD GENERAL

Excelente     Buena     Regular     Mala

Razón de su Visita:

### ANTECEDENTES MÉDICOS

	SÍ	NO	AÑO	COMPLICACIONES
Cáncer				
Diabetes				
Trastorno Sanguíneo				
Enfermedad Cardíaca				
Enfermedad Renal				
Presión Sanguínea Elevada				
Enfermedad del Hígado				
Trastornos Glandulares				
Enfermedad de la Piel				
Trastornos Neurológicos				

### OTRAS ENFERMEDADES Y/O CIRUGÍAS

	AÑO	COMPLICACIONES

<b>ALERGIAS</b>	
<b>ALERGIAS</b>	<b>REACCIÓN</b>

<b>HISTORIA SOCIAL</b>	
<b>OCUPACIÓN</b>	<b>NÚMERO DE AÑOS</b>

<b>HÁBITOS</b>		
<b>MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA</b>	<b>✓</b>	<b>¿CUÁNTO? (POR DÍA/POR SEMANA)</b>
Cigarrillos/Cigarros/Pipa		
Alcohol		
Drogas (Especifique la clase de droga)		
Productos de Tabaco sin Humo		
Exfumador		
Nunca fue Fumador		

<b>¿TIENE PARIENTES QUE HAN PADECIDO DE LO SIGUIENTE?</b>				
	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>	<b>SI CONTESTÓ SÍ, ¿CUÁL ERA SU PARENTESCO?</b>	
Diabetes				<input type="checkbox"/> Maternal <input type="checkbox"/> Paternal
Presión Sanguínea Elevada				<input type="checkbox"/> Maternal <input type="checkbox"/> Paternal
Enfermedad Cardíaca				<input type="checkbox"/> Maternal <input type="checkbox"/> Paternal
Enfermedad Renal				<input type="checkbox"/> Maternal <input type="checkbox"/> Paternal
Ataque Cerebrovascular				<input type="checkbox"/> Maternal <input type="checkbox"/> Paternal
Endurecimiento de las Arterias				<input type="checkbox"/> Maternal <input type="checkbox"/> Paternal
Artritis o Reumatismo				<input type="checkbox"/> Maternal <input type="checkbox"/> Paternal
Bocio				<input type="checkbox"/> Maternal <input type="checkbox"/> Paternal
Cáncer				<input type="checkbox"/> Maternal <input type="checkbox"/> Paternal
Convulsiones				<input type="checkbox"/> Maternal <input type="checkbox"/> Paternal

<b>OTRA INFORMACIÓN</b>

## Revisión de los Sistemas (Marque todo lo que corresponda)

<b>Constitucional</b>	<b>Gastrointestinal (continuación)</b>	<b>Psiquiátrico</b>
<input type="checkbox"/> Fiebre	<input type="checkbox"/> Sangre en el vómito	<input type="checkbox"/> Depresión
<input type="checkbox"/> Escalofríos	<input type="checkbox"/> Sangre en las heces	<input type="checkbox"/> Ansiedad
<input type="checkbox"/> Debilidad	<input type="checkbox"/> Deposiciones negras, alquitranadas	<b>Endocrino:</b>
<input type="checkbox"/> Fatiga	<input type="checkbox"/> Acidez	<input type="checkbox"/> Calores
<input type="checkbox"/> Cambio de Peso	<input type="checkbox"/> Intolerancia a la comida	<input type="checkbox"/> Intolerancia al calor o al frío
<input type="checkbox"/> Insomnio	<input type="checkbox"/> Hemorroides	<input type="checkbox"/> Temblores
<b>Cabeza y Cara</b>	<b>Genitourinario</b>	<input type="checkbox"/> Aumento de la sed
<input type="checkbox"/> Dolor facial	<input type="checkbox"/> Dolor al Orinar	<input type="checkbox"/> Aumento del apetito
<input type="checkbox"/> Presión Facial	<input type="checkbox"/> Incontinencia	<input type="checkbox"/> Cambio en los ciclos menstruales
<b>Ojos</b>	<input type="checkbox"/> Dolor en la vejiga	<input type="checkbox"/> Aumento o pérdida del cabello
<input type="checkbox"/> Dolor en los Ojos	<input type="checkbox"/> Sangre en la orina	<input type="checkbox"/> Bocio
<input type="checkbox"/> Secreción de los Ojos	<input type="checkbox"/> Dolor testicular	<input type="checkbox"/> Sudores nocturnos
<input type="checkbox"/> Comezón en los Ojos	<input type="checkbox"/> Nocturna	<b>Hematológico y Linfático</b>
<input type="checkbox"/> Cambio en su Visión o Visión Borrosa	<input type="checkbox"/> Problemas con la erección	<input type="checkbox"/> No le salen moretones fácilmente
<b>Oídos, Nariz, Garganta (ENT, por sus siglas en inglés)</b>	<b>Musculoesquelético</b>	<input type="checkbox"/> Propensión actual a desarrollar moretones
<input type="checkbox"/> Problemas Sinusales	<input type="checkbox"/> Dolores musculares	<b>Complicaciones obstétricas</b>
<input type="checkbox"/> Secreción nasal	<input type="checkbox"/> Dolor en las articulaciones	<input type="checkbox"/> Presión sanguínea elevada
<input type="checkbox"/> Cambio en la audición	<input type="checkbox"/> Inflamación de las articulaciones, rigidez o cambio en la forma de la articulación	<input type="checkbox"/> Toxemia
<input type="checkbox"/> Cambio en la voz	<input type="checkbox"/> Dolor de espalda	<input type="checkbox"/> Hemorragia grave
<input type="checkbox"/> Dolor de garganta o en el cuello	<input type="checkbox"/> Fractura reciente	<input type="checkbox"/> Diabetes gestacional
<b>Cardiovascular</b>	<input type="checkbox"/> Pérdida de estatura	<input type="checkbox"/> Hijo que pesó más de 9 libras al nacer
<input type="checkbox"/> Dolor en el pecho	<b>Piel/Senos</b>	<b>Genitoreproductivo</b>
<input type="checkbox"/> Palpitaciones o latidos acelerados	<input type="checkbox"/> Lesiones	<input type="checkbox"/> Deseo sexual disminuido
<input type="checkbox"/> Dolor en las piernas al caminar o en reposo	<input type="checkbox"/> Sarpullido	<input type="checkbox"/> Secreción del pene
<input type="checkbox"/> Hinchazón de las piernas	<input type="checkbox"/> Heridas que no sanan	<input type="checkbox"/> Protuberancias en los testículos o el escroto
<input type="checkbox"/> Venas Varicosas	<input type="checkbox"/> Cambios en el color de la piel	<input type="checkbox"/> Disminución del tamaño de los testículos
<input type="checkbox"/> Soplo cardíaco	<input type="checkbox"/> Cambios en la piel	<input type="checkbox"/> Dolor testicular
<b>Respiratorio</b>	<input type="checkbox"/> Bultos en el seno	<input type="checkbox"/> Problemas con la erección
<input type="checkbox"/> Falta de aire	<input type="checkbox"/> Dolor en el seno	Edad en la cual comenzó a menstruar _____
<input type="checkbox"/> Sibilancia	<input type="checkbox"/> Secreción del seno	Edad en la cual dejó de menstruar _____
<input type="checkbox"/> Tos	<input type="checkbox"/> Piel reseca	¿Cada cuánto tiempo le baja la regla? _____
<b>Gastrointestinal</b>	<input type="checkbox"/> Disminución del tamaño de los senos	¿Está tomando alguna hormona femenina?
<input type="checkbox"/> Diarrea	<b>Neurológico</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Estreñimiento	<input type="checkbox"/> Dolores de cabeza	
<input type="checkbox"/> Dolor abdominal	<input type="checkbox"/> Problemas con la memoria	
<input type="checkbox"/> Náusea	<input type="checkbox"/> Desmayos	
<input type="checkbox"/> Vómito	<input type="checkbox"/> Mareo	

Fecha de su último examen de los ojos:

Nombre del médico de los ojos/Nombre de la Clínica:

¿Cuál fue la fecha de su último examen dental?

Médico de Cabecera/de familia:

### MEDICAMENTOS

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	DOSIS	FRECUENCIA