

# ROSWELL INTERNAL MEDICINE SPECIALISTS

Dr. Gorka Zurinaga, M.D.

11785 Northfall Lane, Suites 505 & 506, Alpharetta, GA 30009

p: (678) 393-0012 • f: (678) 393-5158

## HISTORIAL DEL PACIENTE (PARTE 1)

Nombre/Apellido: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Porfavor responda SI o NO a las siguientes preguntas. Si su respuesta es SI, porfavor escribir una breve descripcion def problema.

### NO

- Cambia de peso
- Cambia en apetito
- Fiebres / Escalofrios
- Suda en la noche
- Debilidad general
- Mareo o desmayos

### SI

- 
- 
- 
- 
- 
- 

### SISTEMA ENDOCRINOLOGICO

- Calor o frios intolerables
- Problemas de tiroides
- Historial de cirugia del cuello o irradiacion
- Sed excesiva
- Orina en exceso

- 
- 
- 
- 
- 

### OJOS

- Falla de la vista o ceguera
- Cataratas
- Vision doble
- Dolor Ocular
- Lentes

- 
- 
- 
- 
- 

### OIDOS, NARIZ Y GARGANTA

- Dificultad al oir
- Ruido en los oidos
- Sangrado de la nariz
- Ronquera
- Sinusitis

- 
- 
- 
- 
- 

### SISTEMA GASTROINTESTINAL

- Nausea
- Vomito
- Sangre en el Vomito

- 
- 
- 

### NO

- Dolor abdominal
- Hinchazon abdominal
- Sangre en la escreta
- Escreta negra
- Semblante Amarillo
- Diarrea
- Estreñimiento
- Dificultad al tragar
- Indigestion/ardor en el estomago
- Enfermedad/Historial de la vesicular
- Hemorroides
- Historial de Ulcera
- Hepatitis
- Historial de Pancreatitis

### SI

- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 

### PULMONES

- Dificultad al respirar
- Dificultad al respirar al ejercitarse
- Respira mejor sentado
- Tos: por cuanto tiempo?
- Flema: volumen, color
- Sangre al tocer
- Le suena el pecho al respirar
- Labios o dedos azules
- Historial de asma
- Historial de neumonia
- Examen de la piel para tuberculosis positivo o negative (circule uno)
- rallo X en el año
- Historial de infeccion respiratoria Cada cuanto tiempo?

- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 

(Voltar la pagina)

## HISTORIAL DEL PACIENTE (PARTE 2)

### CORAZON Y VENAS

- | NO  | SI                       |
|---|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Dolor de pecho                   | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Desmayos                         | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Palpitaciones                    | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Hinchazon de los tobillos        | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Dolor de plernas al caminar      | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Hinchazon de piernas             | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Historial de hipotension         | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Historial de soplo en el corazon | <input type="checkbox"/> |

### GENITOURINARIO

- |  |                          |
|--|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tamaño y menos fuerza al orinar                   | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Dolor al orinar                                   | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Incapacidad de detener la orina                   | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Gotear, urgencia, dificultad al orinar            | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Historial de enfermedad de los riñones o piedras. | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> sangrado al orinar(no menstrual)                  | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Historial de enfermedades venerias?               | <input type="checkbox"/> |
| Fecha del ultimo periodo   |                          |
| Menstrual _____  |                          |

### MUSCOLOESQUELETO

- |  |                          |
|--|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Rigidez de articulaciones   | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Dolor de articulaciones     | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Hinchazon de articulaciones | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Debilidad de musculos       | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Dolor de espalda            | <input type="checkbox"/> |

### SISTEMA NERVIOSO

- | NO   | SI                       |
|--|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza               | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> perdida de conocimiento       | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Ataques epilepticos           | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Historial de derrames/embolia | <input type="checkbox"/> |

### SISTEMA UROLOGICO

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Orina con frecuencia   | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Urgencia al orinar     | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Dolor al orinar        | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Orina durante la noche | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Color de orina anormal | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Sangre en la orina     | <input type="checkbox"/> |

### SISTEMA UROLOGICO

- |  |                          |
|--|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sangramientos o moretones | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Anemia                    | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Transfusiones             | <input type="checkbox"/> |

**ROSWELL INTERNAL MEDICINE SPECIALISTS**

**Dr. Gorka Zurinaga, M.D.**

11785 Northfall Lane, Suites 505 & 506, Alpharetta, GA 30009

p: (678) 393-0012 • f: (678) 393-5158

**INFORMACION PERSONAL**

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

**HISTORIAL MEDICO**

Reaccion alergica a medicinas u otras

---

---

Medicinas que toma actualmente

---

---

---

Problemas medicos actuales \_\_\_\_\_

---

---

Problemas medicos previos \_\_\_\_\_

---

---

**Hospitalizaciones** **Descripciones**

**Año**

**Hospital**

Enfermedad

Enfermedad	Año	Hospital
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Cirugia

Cirugia	Año	Hospital
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Otra

Otra	Año	Hospital
_____	_____	_____

**ROSWELL INTERNAL MEDICINE SPECIALISTS**

**Dr. Gorka Zurinaga, M.D.**

11785 Northfall Lane, Suites 505 & 506, Alpharetta, GA 30009

p: (678) 393-0012 • f: (678) 393-5158

**HISTORIAL FAMILIAR**

Nombre de paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

<b>Historial Familiar</b>	<b>Viviendo</b>	<b>Muerto</b>	<b>Si esta muerto, apunte la razon</b>
Padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hermanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hijos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

**Hay historial familiar de:**

Enfermedad de corazon	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Quien? _____
Hipertension	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Quien? _____
Desorden mental	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Quien? _____
Diabetes	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Quien? _____
Cancer de Seno	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Quien? _____
Derame/Embolia	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Quien? _____
Cancer	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Quien? _____
Alcoholismo	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Quien? _____
Enfermedad de los rinones	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Quien? _____

**Habitos personales:**

	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Si. Sí, cuanto y cada cuanto tiempo</b>
Fuma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Mastica tabacco?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Bebe alcohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Usa drogas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hace ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

**Solo para mujeres**

Periodos menstruales? \_\_\_\_\_  
 Edad de desarrollo \_\_\_\_\_ Regular  Si  No  
 Fecha del ultimo periodo \_\_\_\_\_  
 Dificultad con periodos?  Si  No  
 Especifique \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Edad de menopausia \_\_\_\_\_  
 Bultos o descarga del seno? \_\_\_\_\_

Embarazos? \_\_\_\_\_  
 Vivos \_\_\_\_\_ Cesaria \_\_\_\_\_  
 Prematuros \_\_\_\_\_ Abortos \_\_\_\_\_  
 Usa píldoras  Si  No  
 Autoexamina sus senos?  Si  No  
 Fecha de último PAP \_\_\_\_\_  
 Fecha de último mamogramma \_\_\_\_\_