

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 _____

Historial Familiar	Viviendo	Muerto	Si esta muerto, apunte la razon
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:

	Si	No	Si. Sí, cuanto y cada cuanto tiempo
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 _____