

# Gerig Surgical Associates, P.C. Formulario de Historial de Salud

Nombre: \_\_\_\_\_ Sexo:  Hombre  Mujer Fecha: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Médico que Envía: \_\_\_\_\_ Médico de familia: \_\_\_\_\_

La Razon por mi vista es: \_\_\_\_\_

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

**Indique las alergias o reacciones a medicamento(s):**  Ninguno,  Látex,  Medio de Contraste,  Yodo,  
 Mariscos,  Penicilina,  Sulfamida,  Otro \_\_\_\_\_

**Anote todos los medicamentos y vitaminas (Nombre,dosis y frecuencia):**  Ninguno

Lista adjunta - Si han traído una lista de medicamentos no necesita escribirlos a continuación

Aspirina dosis \_\_\_\_\_ frecuencia \_\_\_\_\_

Medicamento	Dosis	Frecuencia	Medicamento	Dosis	Frecuencia

**Historial Médico Personal:** (Marque todos los que son pertinentes para usted.)

- |   |  |   |   |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Anemia                         | <input type="checkbox"/> Convulsiones                      | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta    | <input type="checkbox"/> Gastrointestinal                       |
| <input type="checkbox"/> Artritis                       | <input type="checkbox"/> Enfermedad Cardiaca               | <input type="checkbox"/> Colesterol Alto          | <input type="checkbox"/> Pólipos en el colon                    |
| <input type="checkbox"/> Asma                           | <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardiaca congestiva | <input type="checkbox"/> Enfermedad de riñón      | <input type="checkbox"/> Reflujo gastrointestinal               |
| <input type="checkbox"/> Trastorno de la sangre         | <input type="checkbox"/> Marcapasos                        | <input type="checkbox"/> Enfermedad hepática      | <input type="checkbox"/> Úlceras de estómago                    |
| <input type="checkbox"/> Transfusión de sangre          | <input type="checkbox"/> Diabetes                          | <input type="checkbox"/> Problemas de la próstata | <input type="checkbox"/> Derame cerebral (apoplejía)            |
| <input type="checkbox"/> Bronquitis                     | <input type="checkbox"/> Hepatitis A B C                   | <input type="checkbox"/> Problemas de pancreas    | <input type="checkbox"/> Cuidado Psiquiátrico                   |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad vascular periférica | <input type="checkbox"/> HIV                               | <input type="checkbox"/> Problema de la Tiroides  | <input type="checkbox"/> Úlceras en la piel                     |
| <input type="checkbox"/> Obesidad                       | <input type="checkbox"/> Apnea obstructive del sueño       | <input type="checkbox"/> Fecha Covid-19 _____     | <input type="checkbox"/> Fecha de vacunación contra covid _____ |

Cáncer – (tipo) : \_\_\_\_\_

Otra Información adicional: \_\_\_\_\_

¿Has tenido alguna cirugías previas?  Si  No

Por favor marque cualquier cirugías han tenido con la fecha de la cirugía: Por favor circule (derecha) o (izquierda) si aplica.

Fecha (año)		Fecha (año)		Fecha (año)	
	Dorso (Espalda)		Pulmón derecha izquierda		Cesárea
	Cadera - derecha izquierda		Amígdalas		Dilatacion y curetage
	Rodilla - derecha izquierda		Sinusitis		Riñón
	Hombro - derecha izquierda		Las válvulas del corazón		Vejiga
	Amputación		Bypass de corazón		Vasectomía
	Túnel de carpal–derecha izquierda		Marcapasos en el corazón		Próstata
	Apendectomía		Caterización cardíaca		Tiroides
	Vesícula biliar		Stents de corazón		Craneotomía
	Hernia		Arteria carótida derecha izquierda		Orejas
	Endoscopia del estómago		Aneurisma abdominal		Ojo
	Colonoscopia		Venas varicosas derecha izquierda		Muelas del juicio
	Sigmoidoscopia		Bypass arterial derecha izquierda		Quiste pilonidal
	Cirugía nissen		Busto (seno) derecha izquierda		
	Cirugía del colon		Histerectomía		
	Hemorroides		Cirugía ovario derecha izquierda		
	Cirugía de obesidad		Ligadura de trompas		

¿Ha tenido algún problema con anestesia \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No

Hospitalizaciones recientes o pruebas? \_\_\_\_\_  
(relacionado con esta visita)

**(Por favor dar vuelta atrás y completar el formulario.)**

**Historia de la familia:** Familia inmediata – padres, hermanas, abuelos, hijos  Adoptado

- Cáncer de colon \_\_\_\_\_  Otro Cáncer \_\_\_\_\_  Enfermedad del corazón \_\_\_\_\_  
 Problema de la Tiroides \_\_\_\_\_  Trastorno de la sangre \_\_\_\_\_  Diabetes \_\_\_\_\_  
 Crohn's/UC \_\_\_\_\_  Derrame Cerebral \_\_\_\_\_  Otro \_\_\_\_\_

**Historia social:**

- Cafeína:  No  Si \_\_\_ Café / tazas por día; \_\_\_ Soda/ latas por día; \_\_\_ Té /latas por día  
Consumo de alcohol:  Nunca  Raramente  Moderado  Diario  
Uso de drogas ilegales:  Nunca  Si ¿Cuáles y con qué frecuencia? \_\_\_\_\_  
Uso de tabaco:  Nunca  Si Cigarrillo \_\_\_ Cajetillas diarias,  Si dejó de fumar indique cuándo \_\_\_\_,  Mascar tabaco  
Estado Civil:  Soltero(a)  Casado(a)  Separado(a)  Divorciado(a)  Viudo(a)  Vapor  
Ocupación/Lugar: \_\_\_\_\_

**Repaso de sistema:** (Marque los síntomas actuales o los que ha experimentado durante los últimos tres meses.)

Constitucional (General)

- Pérdida de peso  
 Debilidad/cansancio  
 Fiebre  
 Sudores nocturnos

Gastrointestinal

- Dolor abdominal  
 Perdida de apetito  
 Distensión abdominal  
 Indigestión /agruras  
 Náuseas  
 Vómitos  
 Vomitando sangre  
 Eructar excesivo  
 Estreñimiento  
 Diarrea  
 Sangrado rectal  
 Cambios en la evacuación  
 Excremento negro/melena  
 Hemorroides

Integumentario (piel/seno)

- Ictericia  
 Cambios en los lunares  
 Lesiones/úlceras  
 Secreciones del seno  
 Masa en el seno

Los ojos

- Cambios de la vista

Oídos/nariz/boca y garganta

- Dificultad de tragar  
 Dificultad de oír  
 Dientes rotos o con infección

Cardiovascular

- Dolor en el pecho  
 Latidos irregulares  
 Palpitaciones  
 Piernashinchadas

Genitourinario

- Embarazada \_\_\_ semanas  
 Regla anormal  
 Incontinencia urinaria/gotea  
 Disfunción eréctil  
 Dolor al orinar\_  
 Sangre en la orina  
 Masa en el testículo

Neurológico

- Desmayos  
 Confucion/desorientación  
 Temblores  
 Demencia

Musculoesqueletal

- Dolor de espalda  
 Dificultad en caminar  
 Dolor en las articulaciones

Respiratorio

- Toser sangre  
 Falta de aire  
 Silbidos

Endocrino

- Problemas hormonales  
 Intolerancia de calor  
 Intolerancia de frío  
 Obesidad  
 Diabetes no controlada

Psiquiátrico

- Ansiedad  
 Síntomas psicológicos  
 Depresión  
 Estrés excesivo

Hematológica/Linfática

- Glándulas engrandecidas

**Mi firma más abajo certifica que todo lo que he indicado anteriormente es correcto según mi conocimiento y que me responsabilizo por cualquier error:**

**Firma del Paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_