

FORMATO DE HISTORIAL MEDICO DEL PACIENTE

Fecha _____

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Farmacia Favorita: _____ Dirección de la Farmacia: _____

Estado Civil: Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a) Viudo(a)

Ultimo Examen Medico: _____ Ultimo Doctor: _____

Alergias: _____

Medicamentos (Por favor liste ambos prescritos y no prescritos): _____

Enfermedades anteriores, cirugías o hospitalizaciones: _____

Cualquier problema médico: _____

OB/GYN Historial – Ultima Mamografía: _____ Ultimo Papanicolaou: _____

Embarazos: _____ Partos: _____

Fuma? Si No, Cuantas cajetillas?: _____ Toma bebidas alcoholicas? Si NO Cuantas onzas o vasos por semana?: _____

Usa alguna droga?

Historial familiar: (seleccione todas las que apliquen)

____ Alcoholismo ____ Anemia ____ Asma ____ Artritis ____ Sangra Facilmente
Cancer de mamas ____ Pólipos de colon ____ Cáncer de colon ____ Diabetes ____ Glaucoma
____ Gota ____ Enfermedad del corazón ____ Presión Alta ____ Enfermedad de hierro ____
Enfermedad renal ____ Enfermedad Mental ____ Migraña ____ Osteoporosis ____ Cáncer de
Próstata ____ Convulsiones ____ Tiroides ____ Tuberculosis ____ Otro: _____

Inmunizaciones:

¿Cuándo fue tu último refuerzo?

Tétanos: _____ Neumonía: _____ Vacuna contra la influenza: _____

Directivas avanzadas: por favor hable con su cónyuge y / o familia y su médico.

¿Tienes un testamento? Si NO

¿Es donante de órganos? Si NO

¿Tiene un poder notarial duradero para la atención médica? Si NO En caso afirmativo, Quién?

POR FAVOR LISTE LOS SINTOMAS QUE APLIQUEN A SU VISITA DE HOY

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Razón de su visita: _____ Fecha: _____

Constitucional

- Fatiga
- Fiebre
- Escalofríos
- Pérdida o Ganancia de Peso Involuntaria

Orejas / Nariz / Garganta

- dolor de oído
- hemorragias nasales
- congestión nasal o drenaje
- dolor de garganta
- dolor de dientes
- rinorrea
- estornudos

Ojos

- visión borrosa
- drenaje ocular
- irritación ocular
- picazón en los ojos

Respiratoria

- Tos
- falta de aliento
- congestión en el pecho
- sibilancias

Cardiovascular

Dolor de pecho

Palpitaciones

Gastrointestinal

- Dolor Abdominal
- Estreñimiento
- Diarrea
- Nausea
- Vómitos

Genitourinario

- micción dolorosa
- micción frecuente
- sangre en la orina
- sangrado vaginal irregular o abundante
- flujo vaginal
- picazón vaginal

Musculoesquelético

- dolor en las articulaciones o las extremidades
- hinchazón de articulaciones o extremidades
- rigidez articular
- dolores musculares

Integumentario

- erupción
- picazón

Neurológico

- Dolor de cabeza
- Entumecimiento
- Debilidad

Psiquiátrica

- Ansiedad
- Depreción

Endocrino

- Intolerancia al calor o frío
- Sed Excesiva
- Micción Excesiva

Hematológico/Linfático

- Fácil moretones o sangrado
- Glándulas inflamadas

Grand Prairie Urgent Care & Family Medicine

Instrucciones Miscelaneas e Información de descargo

Nombre del Paciente: _____

Fecha:

Fecha de Nacimiento del Paciente: _____ Número de historia Clínica:

- ❖ Si no se siente mejor en ___ días, regrese a la clínica para una evaluación adicional
- ❖ Si no se siente mejor en ___ días, comuníquese con su proveedor de atención primaria para programar una cita de seguimiento
- ❖ Si se presentan síntomas nuevos o que empeoran, comuníquese con su proveedor de atención primaria de inmediato o vaya a la sala de emergencias más cercana
- ❖ Espere hasta 24 horas para que se procesen todas las solicitudes de recarga de medicamentos
Espere hasta 3 días hábiles para que el proveedor revise los resultados de laboratorio o imágenes para su interpretación

Mi firma indica mi reconocimiento de que un miembro del personal clínico me explicó las instrucciones de alta y el tratamiento continuado en el hogar como paciente o tutor legal del paciente.

Firma del Proveedor: _____

Firma del Paciente o Guardián: _____