



Wellness Tree Community Clinic

Historia de Salud - CONFIDENCIAL

Nombre: _____ Pecha: _____

Pecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Pecha del ultimo examen fisico: _____

Cual es el motivo de su visita: _____

Sintomas

• Marca (X) Sintomas que actualmente tiene o ha tenido en el ultimo afio.

<u>General</u>	<u>Gastrointestinal</u>	<u>Ojo/Oido/Nariz/Garganta</u>	<u>Hombre</u>
<input type="checkbox"/> Resfriado	<input type="checkbox"/> Falta de apetito	<input type="checkbox"/> Sangrado de las encias	<input type="checkbox"/> Dolor en el pene
<input type="checkbox"/> Depresion	<input type="checkbox"/> Hinchazon	<input type="checkbox"/> Vision borrosa	<input type="checkbox"/> Descargo del pene
<input type="checkbox"/> Mareo	<input type="checkbox"/> Cambio intestinales	<input type="checkbox"/> Ojos cruzados	<input type="checkbox"/> Problemas de ereccion
<input type="checkbox"/> Desmayo	<input type="checkbox"/> Estreñimiento	<input type="checkbox"/> Dificultad para pasar	<input type="checkbox"/> Bulto en el pecho
<input type="checkbox"/> Fiebre	<input type="checkbox"/> Diarrea	<input type="checkbox"/> Doble vision	<input type="checkbox"/> Bulto en los testiculos
<input type="checkbox"/> Olvido	<input type="checkbox"/> Hambre excesiva	<input type="checkbox"/> Dolor de oido	<input type="checkbox"/> Otro
<input type="checkbox"/> Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/> Sed excesiva	<input type="checkbox"/> Secrecion en el oido	<u>Mujer</u>
<input type="checkbox"/> Perdida de suefio	<input type="checkbox"/> Gas	<input type="checkbox"/> Fiebre de heno/polen	<input type="checkbox"/> Papanicolaou anormal
<input type="checkbox"/> Perdida de peso	<input type="checkbox"/> Hemorroides	<input type="checkbox"/> Ronquera	<input type="checkbox"/> Sangrado entre periodos
<input type="checkbox"/> Nerviosismo	<input type="checkbox"/> Indigestion	<input type="checkbox"/> Perdida de la audicion	<input type="checkbox"/> Bulto en el pecho
<input type="checkbox"/> Entumecimiento	<input type="checkbox"/> Nausea	<input type="checkbox"/> Hemorragias nasales	<input type="checkbox"/> Dolor menstrual extrema
<input type="checkbox"/> Sudores	<input type="checkbox"/> Sangrado rectal	<input type="checkbox"/> Tos persistente	<input type="checkbox"/> Sofocos
<u>Musculo/Articulación</u>	<input type="checkbox"/> Dolor de estomago	<input type="checkbox"/> Zumbido en los oidos	<input type="checkbox"/> Secrecion del pezon
Dolor, debelidad, entumecimiento:	<input type="checkbox"/> Vomitos	<input type="checkbox"/> Problemas de sinusitis	<input type="checkbox"/> Relaciones sexuales dolorosas
<input type="checkbox"/> Brazos <input type="checkbox"/> Caderas	<input type="checkbox"/> Vomitos de sangre	<input type="checkbox"/> Vision - parpadeo	<input type="checkbox"/> Descargo vaginal
<input type="checkbox"/> Espalda <input type="checkbox"/> Piernas	<u>Cardiovascular</u>	<input type="checkbox"/> Vision - halos	<input type="checkbox"/> Otro
<input type="checkbox"/> Pies <input type="checkbox"/> Cuello	Dolor de pecho	<u>Piel</u>	<input type="checkbox"/> Fecha de la ultima menstruacion:
<input type="checkbox"/> Manos <input type="checkbox"/> Hombros	<input type="checkbox"/> Alta presion	<input type="checkbox"/> Facilidad de moretones	<input type="checkbox"/> Fecha de laultima mamografia:
<u>Urinario</u>	<input type="checkbox"/> Latido irregular	<input type="checkbox"/> Ronchas	<input type="checkbox"/> Fecha ultima del papanicolaou:
<input type="checkbox"/> Sangrado en la orina	<input type="checkbox"/> Baja presion	<input type="checkbox"/> Comezon	<input type="checkbox"/> Esta embarazada? _____
<input type="checkbox"/> Urina frecuente	<input type="checkbox"/> Mala circulacion	<input type="checkbox"/> Cambio en los lunares	<input type="checkbox"/> Cuantos hijos tiene? _____
<input type="checkbox"/> Falta de control de la vejiga	<input type="checkbox"/> Latidos rapidos	<input type="checkbox"/> Erupcion	<input type="checkbox"/> Numero de embarazos _____
<input type="checkbox"/> Dolor al urinar	<input type="checkbox"/> Hinchazon en los tobillos	<input type="checkbox"/> Cicatrices	
	<input type="checkbox"/> Venas varicosas	<input type="checkbox"/> Llaga que no se cura	

Condiciones

• Marca (X) Sintomas que actualmente tiene o ha tenido en el ultimo afio.

<input type="checkbox"/> SIDA	<input type="checkbox"/> Dependencia quimica	<input type="checkbox"/> Colesterol alto	<input type="checkbox"/> Problema de prostata
<input type="checkbox"/> Alcoholismo	<input type="checkbox"/> Varicela	<input type="checkbox"/> VIH positivo	<input type="checkbox"/> Atencion psiquiatrica
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Enfermedad del rifion	<input type="checkbox"/> Fiebre reumatica
<input type="checkbox"/> Anorexia	<input type="checkbox"/> Enfisema	<input type="checkbox"/> Enfermedad del higado	<input type="checkbox"/> Fiebre escarlata
<input type="checkbox"/> Apendicjtis	<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Sarampion	<input type="checkbox"/> Derrame cerebral
<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Glaucoma	<input type="checkbox"/> Migrañas	<input type="checkbox"/> Intento de suicidio
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Tumor en la tiroides	<input type="checkbox"/> Aborto espontaneo	<input type="checkbox"/> Problemas del tiroides
<input type="checkbox"/> Desorden sangrante	<input type="checkbox"/> Gonorrea	<input type="checkbox"/> Mononucleosis	<input type="checkbox"/> Tonsilitis
<input type="checkbox"/> Bulto en el pecho	<input type="checkbox"/> Gota	<input type="checkbox"/> Esclerosis multiple	<input type="checkbox"/> Tuberculosis
<input type="checkbox"/> Bronquitis	<input type="checkbox"/> Enfermedad del corazon	<input type="checkbox"/> Parotiditis	<input type="checkbox"/> Fiebre tifoidea
<input type="checkbox"/> Bulimia	<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Marcapaso	<input type="checkbox"/> Ulceras
<input type="checkbox"/> Cancer	<input type="checkbox"/> Hernia	<input type="checkbox"/> Neumonia	<input type="checkbox"/> Infecciones vaginales
<input type="checkbox"/> Cataratas	<input type="checkbox"/> Herpes	<input type="checkbox"/> Polio	<input type="checkbox"/> Enfermedad vemereal

Inmunizaciones y Fechas

Vacuna del Tetanos _____ Vacuna de la Influenza/Gripa _____ Vacuna de Pneumovax _____

Medicamentos(Lista de medicamentos actuales: Nombre, Potencia, Precuencia)	Alergias



Wellness Tree Community Clinic

Historia de Salud del Paciente y la Familia

Nombre del Paciente : _____

Fecha de Nacimiento : _____

Fecha : _____

Relacion	Edad	Estado de Salud	Edad que Murió	Causa de su muerte
Padrel				
Madre				
Hermanos				
Hermanas				

Marca (X) si sus familiares de sangre han tenido los siguiente:		
●	Enfermedad	Relacion con usted
<input type="checkbox"/>	Artritis , Gota	
<input type="checkbox"/>	Asma , Fiebre de heno	
<input type="checkbox"/>	Cancer / Tipo	
<input type="checkbox"/>	Dependencia quimica	
<input type="checkbox"/>	Diabetes	
<input type="checkbox"/>	Enfermedad del corazon	
<input type="checkbox"/>	Derrame cerebral	
<input type="checkbox"/>	Alta presión	
<input type="checkbox"/>	Enfermedad del rion	
<input type="checkbox"/>	Tuberculosis	

Hospitalizaciones

Año	Hospital	Motivo y resultado

Ha tenido una transfusion de sangre? YES NO

Enfermedad serial Lesiones

Enfermedad serial/ Lesiones	Fecha	Resultado

Fechas aproximadas:

Habitos saludables

Si/No Usa protector solar? **Si/No** Usa cinturón de seguridad?

Marca (X) que utiliza y la cantidad que usa:

<input type="checkbox"/>	Cafeina	
<input type="checkbox"/>	Tabaco	
<input type="checkbox"/>	Drogas	
<input type="checkbox"/>	Alcohol	
<input type="checkbox"/>	Ejercicio	
<input type="checkbox"/>	Otro	

Embarazos

Año de nacimiento	Sexo	Tuvo complicaciones

Ocupacional

Marca (X) si esta expuesto a: _____ ocupacion: _____

D Estres **D** Sustancias Peligrosas **D** Levanta objetos pesados' **D** Otro

La información esta completa y correcta de lo mejor de mi conocimiento. Entiendo que es mi responsabilidad de informar a mi proveedor medico si tengo un cambio en la salud.

Firma del Paciente, Padre, Guardian o Representante personal

Fecha

Letra de imprenta del Paciente, Padre, Guardian o Representante personal

Relacion al paciente