

HISTORIAL MÉDICO DE NUEVA PACIENTE

NOMBRE DE PACIENTE _____

FECHA DE NACIMIENTO _____

FECHA DE HOY _____

HISTORIAL MÉDICO PASADO ---- Indique cualquiera de los siguientes que apliquen

- | | | | |
|--|--|---|---|
| <input type="radio"/> Tiroides poco activa (Hipotiroidismo) | <input type="radio"/> Colesterol alto (hiperlipidemia) | <input type="radio"/> Diabetes | <input type="radio"/> Enfermedad de la arteria coronaria |
| <input type="radio"/> Ataque al corazón (Infarto de miocardio) | <input type="radio"/> Enfermedad vascular periférica | <input type="radio"/> Insuficiencia cardíaca congestiva | <input type="radio"/> Fibrilación auricular |
| <input type="radio"/> Trombosis venosa profunda | <input type="radio"/> Embolia pulmonar | <input type="radio"/> Alta presión sanguínea (Hipertensión) | <input type="radio"/> Enfermedad pulmonar obstructiva crónica |
| <input type="radio"/> Asma | <input type="radio"/> Osteoporosis | <input type="radio"/> Enfermedad del disco lumbar | <input type="radio"/> Infecciones urinarias frecuentes |
| <input type="radio"/> Insuficiencia renal | <input type="radio"/> Diálisis | <input type="radio"/> Cálculos renales | <input type="radio"/> Sangrado gastrointestinal |
| <input type="radio"/> Enfermedad fibroquística de mama | <input type="radio"/> Cirrosis | <input type="radio"/> Síndrome del intestino irritable | <input type="radio"/> Ataque Isquémico Transitorio |
| <input type="radio"/> Colitis ulcerosa | <input type="radio"/> Enfermedad de Crohn | <input type="radio"/> Ataque cerebrovascular | <input type="radio"/> Desorden bipolar |
| <input type="radio"/> Hepatitis | <input type="radio"/> Trastorno convulsivo | <input type="radio"/> Esquizofrenia | <input type="radio"/> VIH/SIDA |
| <input type="radio"/> Neuropatía periférica | <input type="radio"/> Depresión | <input type="radio"/> Trastornos Autoinmunes _____ | <input type="radio"/> Sífilis |
| <input type="radio"/> Artritis Reumatoide | <input type="radio"/> Herpes | <input type="radio"/> Gonorrea/Clamidia | |

¿PRUEBA GENÉTICA? ¿A usted o algún familiar se les ha practicado una prueba genética? Si No

Si la respuesta es sí, responde lo siguiente:

BRCA __positivo __negativo
Síndrome de Lynch __positivo __negativo

HISTORIAL QUIRÚRGICO PASADO --- Indique cualquiera de las siguientes cirugías que apliquen

- | | | | |
|---|---|---|---|
| <input type="radio"/> Amigdalectomía | <input type="radio"/> Adenoidectomía | <input type="radio"/> Cirugía de cataratas | <input type="radio"/> Tiroidectomía |
| <input type="radio"/> Fusión de disco cervical | <input type="radio"/> Inserción de marcapasos | <input type="radio"/> Endoprótesis de derivación coronaria | <input type="radio"/> Cirugía de revascularización coronaria |
| <input type="radio"/> Laparotomía exploratoria | <input type="radio"/> Laparoscopia exploratoria | <input type="radio"/> Apendectomía | <input type="radio"/> Extracción de vesícula biliar (Colecistectomía) |
| <input type="radio"/> Extracción de bazo (Esplenectomía) | <input type="radio"/> Extirpación de estómago (gastrectomía parcial) | <input type="radio"/> Cirugía para aneurisma (Aneurismectomía) | <input type="radio"/> Derivación femoropoplítea |
| <input type="radio"/> Extirpación de venas varicosas | <input type="radio"/> Reparación de hernia inguinal (herniorrafia inguinal) | <input type="radio"/> Reparación de hernia ventral (Herniorrafia ventral) | <input type="radio"/> Hemorriodectomía |
| <input type="radio"/> Histerectomía parcial, no se extirparon los ovarios (Preservación de ovarios) | <input type="radio"/> Histerectomía total- ovarios fueron extirpados (ooforectomía sal pingó) | <input type="radio"/> Cesárea | <input type="radio"/> Ligadura de trompas |
| <input type="radio"/> Trasplante de órgano | <input type="radio"/> Otra: _____ | <input type="radio"/> Conización cervical | <input type="radio"/> Miomectomía |

HISTORIAL FAMILIAR DE CÁNCER

Ninguno Desconocido Mama Ovario Pulmón Páncreas Colon Próstata Tiroides Melanoma
 Neurofibromatosis Poliposis Adenomatosa Familiar (PAF) Otro: _____

ENFERMEDADES FAMILIARES

Ninguna Desconocido Alta presión (Hipertensión) Diabetes Enfermedad de la arteria coronaria
 Colesterol (Hiperlipidemia) Otra: _____

HISTORIAL DE MANTENIMIENTO DE LA SALUD

Colonoscopia Nunca Fecha de la última: _____ con Dr./Dra. _____ Programada para: _____

Mamografía Nunca Fecha de la última: _____ con Dr./Dra. _____ Programada para: _____

Papanicolau Nunca Fecha de la última: _____ con Dr./Dra. _____ Programada para: _____

Vacuna de la influenza más reciente (mes/año) _____

¿Ha recibido la **vacuna de la neumonía** este año? No Si (fecha) _____

¿Ha recibido la **serie de vacunas Gardasil**? No Si (fechas) _____, _____, _____

ALERGIAS A MEDICAMENTOS--- anote cualquier alergia a medicamento

Medicamento	Reacción
1	
2	
3	

ALERGIAS A ALIMENTOS---- anote cualquier alergia a alimentos

Medicamento	Reacción
1	
2	
3	

MEDICAMENTOS- anote cualquier medicamento que esté tomando actualmente, incluyendo suplementos

Nombre de medicamento	Dosis	Frecuencia tomada
1	mg o mcg	# _____ tomada _____ veces al día o cada _____ horas
2	mg o mcg	# _____ tomada _____ veces al día o cada _____ horas
3	mg o mcg	# _____ tomada _____ veces al día o cada _____ horas
4	mg o mcg	# _____ tomada _____ veces al día o cada _____ horas
5	mg o mcg	# _____ tomada _____ veces al día o cada _____ horas
6	mg o mcg	# _____ tomada _____ veces al día o cada _____ horas
7	mg o mcg	# _____ tomada _____ veces al día o cada _____ horas
8	mg o mcg	# _____ tomada _____ veces al día o cada _____ horas
9	mg o mcg	# _____ tomada _____ veces al día o cada _____ horas
10	mg o mcg	# _____ tomada _____ veces al día o cada _____ horas

FARMACIA--- complete la información de su farmacia preferida

Nombre de farmacia	Dirección	Número de teléfono
_____	_____	_____
_____	_____	_____

NOMBRE DE PACIENTE _____

FECHA DE HOY _____



CUESTIONARIO DE HISTORIA FAMILIAR

Para Síndromes de Cáncer Hereditario Comunes

NOMBRE DE PACIENTE _____

FECHA DE NACIMIENTO _____

FIRMA DE PACIENTE _____

FECHA DE HOY _____

Edad de primera menstruación _____ Edad de primer embarazo a término _____

¿Se le ha practicado una biopsia quirúrgica o con aguja de los senos? Si No

¿Si la respuesta es sí, la biopsia mostro células atípicas? Si No Desconocido

¿Es menopáusica? Si No

¿Ha estado alguna vez bajo terapia de remplazo hormonal? Si No

¿Ha alguno de sus familiares se le ha hecho estudios genéticos del alguno de los síndromes de cáncer hereditarios comunes? Si No

Favor de indicar abajo si hay algún historial **personal** o **familiar** de los siguientes canceres. Si la respuesta es sí, indique la **relación familiar**, así como **la edad de la persona cuando fue diagnosticada** en la columna apropiada. Considere historial de padres, hermanos/as, hijos/as, abuelos/as, tíos/as, así como primos/as.

CÁNCER DE OVARIOS Y DE MAMA (BRCA)

			USTED (edad diagnosticada)	Hermanos/as Hijos/as (edad diagnosticados)	Lado Materno (Edad de diagnosticado)	Lado Paterno (Edad diagnosticado)
SI	NO	Ejemplo: Cáncer de Colon		Hermano edad 36	Tía edad 44	Abuelo edad 65 Primo edad 58
		Cáncer de Mama				
		¿Si la respuesta es sí, se receto Tamoxifeno u Herceptin?				
		Cáncer de Mama en ambos senos o múltiples canceres de mama primarios				
		Cáncer de Ovario				
		Cáncer de Mama masculino				
		Cáncer de próstata (BRCA)				
		Cáncer de páncreas (Col/BRCA)				
		Melanoma (BRCA)				
		¿Es de descendencia askenazí judía?				

CÁNCER DE COLON Y DE ÚTERO (Colaris)

		Cáncer de Útero (endometrial)				
		Cáncer de Colon				
		Cáncer de ovario, estomago, riñón/tracto urinario, cerebral, o del intestino delgado (Favor de circular el tipo de cáncer)				
		Cáncer de páncreas (Col/BRCA)				

LISTA DE SÍNTOMAS

NOMBRE DE PACIENTE _____

FECHA DE NACIMIENTO _____

FECHA _____

Por favor indique si ha experimentado estos síntomas en los últimos 30 días:

GENERAL

- Pérdida de peso inexplicable
- Aumento de peso inexplicable
- Fatiga Inexplicable
- Pérdida de apetito
- Sudores nocturnos
- Fiebre
- Escalofríos

OJOS

- Problemas de visión inexplicable

OREJAS, NARIZ, BOCA Y GARGANTA

- Sangrado de nariz
- Infección Oral/Algodoncillo
- Llagas en la boca

GINECOLOGÍA Y SENOS

- Menstruación abundante, excesiva
- Menstruación Irregular
- Sangrado después de la menopausia
- Dolor durante relaciones sexuales
- Bultos o Masas en los Senos
- Deshecho del pezón
- Deshecho vaginal
- Sangrado después de relaciones sexuales
- Dolor pélvico crónico
- Síndrome premenstrual
- Picazón en la vagina/vulva

BIENESTAR

- Malestar vaginal todo el tiempo
- Problemas urinarios
- Malestar/dolor durante relaciones sexuales

CARDIACO

- Dolor en el pecho
- Palpitaciones del corazón
- Mareos
- Inflamación de las piernas
- Dolor en las piernas
- Desmayos

RESPIRATORIO

- Falta de aliento inexplicable

GASTROINTESTINAL

- Nausea
- Vómito
- Acidez
- Estreñimiento
- Diarrea
- Dolor abdominal
- Sangrado rectal
- Sangre en heces
- Incontinencia intestinal

GENITOURINARIO

- Sangrado vaginal
- Dolor/ardor al orinar
- Sangre en la orina
- Orinar frecuentemente
- Incontinencia urinaria
- Retención de orina

MUSCULO-SKELETAL

- Dolor de músculos
- Rigidez
- Dolor en articulaciones
- Inflamación en articulaciones
- Dolor de espalda

PIEL

- Erupciones
- Otros síntomas de la piel:

NEUROLOGIC

- Dolores de cabeza recurrentes inexplicables
- Convulsiones
- Mareos inexplicables
- Pérdida de equilibrio
 - ¿Ha tenido 2 o más caídas en este año?
Si No
 - ¿Ha experimentado alguna lesión debido a una caída?
Si No
- Debilidad en las extremidades
- Pérdida de sensación
- Sensación de hormigueo

Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le han molestado los siguientes problemas?

Poco interés o placer en hacer las cosas

- En absoluto (0)
- Varios días (1)
- Más de la mitad de los días (2)
- Casi todos los días (3)

Sentirse desanimado, deprimido o sin Esperanza

- En absoluto (0)
- Varios días (1)
- Más de la mitad de los días (2)
- Casi todos los días