

AARON S. BRANSKY, MD, PA

6309 PRESTON ROAD, SUITE 1200 PLANO, TEXAS 75024 • 972-612-3965 • FAX 972-618-4219

HISTORIA MÉDICA DEL PACIENTE

Nombre del Paciente: Apellido _____ Nombre _____ Inicial _____

CONDICIONES MÉDICAS

Favor de enumerar sus problemas anteriores de salud , incluso si estan corregidos con medicamentos corrientes

HISTORIAL DE CIRUGIAS/ HISTORIAL DE TRAUMAS

Favor de enumerar su historial de cirugías o heridas:

DESCRIPCIÓN	MES / AÑO	HOSPITAL
_____	_____	_____
_____	_____	_____

¿Ha tenido usted o cualquier miembro de su familia reacciones negativas a la anestesia? _____

¿Problemas de sangramiento? _____

MEDICINAS

Favor de listar las medicinas que usted toma actualmente, incluyendo las dosis. También incluye pastillas que esta tomando sin receta tales como: vitaminas, suplementos alimenticios, pastillas dietéticas, medicinas de resfriado, gripe, etc.

NOMBRE	DOSIS Y LA FRECUENCIA	RAZÓN
_____	_____	_____
_____	_____	_____

¿Ha tomado usted alguno de éstas en el mes pasado? Prednisona _____ Coumadin _____ Aspirina/Motrin/Naprosyn _____

Enumere si usted es alergico a algun medicamento: _____

REVISIÓN SISTÉMICO

Si ha sufrido de estos síntomas recientemente marque el encasillado que corresponda

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Fiebre | <input type="checkbox"/> Tobillo hinchado | <input type="checkbox"/> Vómito | <input type="checkbox"/> Quiste en el seno / Dolor |
| <input type="checkbox"/> Fatiga | <input type="checkbox"/> Dolor en la pantorrilla | <input type="checkbox"/> Dolor abdominal superior | <input type="checkbox"/> Descarga en el pezón |
| <input type="checkbox"/> Cambio de peso | <input type="checkbox"/> Falta de aliento | <input type="checkbox"/> Dolor abdominal bajo | <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza/migraña |
| <input type="checkbox"/> Cambio en visión | <input type="checkbox"/> Sollozo con esfuerzo | <input type="checkbox"/> Ictericia | <input type="checkbox"/> Mareo |
| <input type="checkbox"/> Pérdida auditiva | <input type="checkbox"/> Pulso irregular | <input type="checkbox"/> Dolor al orinar | <input type="checkbox"/> Desbalance |
| <input type="checkbox"/> Zumbido de oído | <input type="checkbox"/> Respiro con silbido | <input type="checkbox"/> Sangre en la orina | <input type="checkbox"/> Ataque |
| <input type="checkbox"/> Dolor de oído | <input type="checkbox"/> Tos | <input type="checkbox"/> Esforzarse en orinar | <input type="checkbox"/> Desmayo |
| <input type="checkbox"/> Nariz sangrienta | <input type="checkbox"/> Tos con sangre | <input type="checkbox"/> Cálculos renales | <input type="checkbox"/> Entumecimiento |
| <input type="checkbox"/> Descargo nasal | <input type="checkbox"/> Diarrea | <input type="checkbox"/> Dolor pélvico | <input type="checkbox"/> Pérdida de memoria |
| <input type="checkbox"/> Sinusitis | <input type="checkbox"/> Estreñimiento | <input type="checkbox"/> Descargo vaginal / sangre | <input type="checkbox"/> Ansiedad |
| <input type="checkbox"/> Dolor de garganta | <input type="checkbox"/> Incontinencia de deposición | <input type="checkbox"/> Dolor muscular/coyuntura | <input type="checkbox"/> Depresión |
| <input type="checkbox"/> Ronquera | <input type="checkbox"/> Deposición negra como brea | <input type="checkbox"/> Movilidad disminuida/debilidad | <input type="checkbox"/> Pensamientos suicidas |
| <input type="checkbox"/> Ulceras orales | <input type="checkbox"/> Deposición con sangre | <input type="checkbox"/> Coyuntura que hincha/Erupción en la piel | <input type="checkbox"/> Sed excesiva |
| <input type="checkbox"/> Dolor de pecho | <input type="checkbox"/> Dificultad al tragar | <input type="checkbox"/> Comezón | <input type="checkbox"/> Orina excesiva |
| <input type="checkbox"/> Palpitaciones | <input type="checkbox"/> Acidez | <input type="checkbox"/> Cambio en un Lunar | <input type="checkbox"/> Magullar fácilmente |
| <input type="checkbox"/> Nódulos hinchados | <input type="checkbox"/> Náusea | <input type="checkbox"/> Pérdida de pelo / Unas quebradizas | <input type="checkbox"/> Tendencia a Sangrar |

HISTORIA SOCIAL

Estado Civil _____ Número de Niños _____ Viajes Internacionales? _____

Ocupación _____ Levanta objetos pesados diariamente? _____

¿Fuma cigarrillos? ___ Pasado ___ Presente ¿Paquetes por día? _____ Usa drogas? _____

Describe por favor su uso de alcohol: _____ Nunca _____ Ocasional _____ 1-2 bebidas por dia _____ Más de 2 bebidas por dia

HISTORIA FAMILIAR

Marque la casilla si tiene un pariente de primer grado (padres o hermanos) con las condiciones siguientes

Cáncer de los Senos ___ Cáncer en los Ovarios ___ Cáncer de la Piel ___ Linfoma ___ Leucemia ___ Paratiroides ___

Enfermedad de Tiroides ___ Enfermedad Incitante de Intestinos ___ Tumores Cerebrales ___ Enfermedades Cardíacas ___

Otro _____

El firmante abajo ha completamente y con cuidado revisado la información proporcionada y reconoce que es completa al mejor de su conocimiento.

Firma del Paciente O Tutor

Nombre Escrita del Paiente o Tutor

Fecha De Hoy