

PROBLEMAS COMUNES o CONDICIONES PERSISTENTES (encierre los positivos)

Congénitos: pérdida/ganancia de peso sudoración nocturna dificultad para dormir
Ojos, Oídos: cambio en la visión visión borrosa problemas de audición
Nariz, boca, garganta: congestión nasal problemas para pasar la comida ulceraciones en la boca
Cardiovasculares: dolor en el pecho palpitaciones vértigo
Respiratorios: tos respiración difícil despertar en la noche falta de respiración
Gastrointestinales: diarrea estreñimiento sangre en las deposiciones agrieras incontinencia
Genitourinarios: dolor al orinar problemas para iniciar/detener la orina orina nocturna incontinencia
Músculo-esqueléticos: hinchazón en las piernas dolor muscular dolor en las articulaciones
Piel, senos: salpullido masas mamograma anormal
Sistema nervioso: entumecimiento debilidad temblor
Psíquicos: depresión miedo ansiedad manía
Endocrinos: intolerancia a la temperatura
Sangre/linfa: sangrado fácil anemia
Alergias: polen productos químicos animales

HISTORIA SOCIAL

Soltero(a) Casado(a) Separado(a)

Hijos (con edades) _____

Ocupación actual/anterior: _____

¿Usted fuma? Sí / No Si respondió Sí, ¿cuánto? _____

¿Consume bebidas alcohólicas? Sí / No Si respondió Sí, ¿cuánto? _____

¿Usó/usa drogas ilegales? Sí / No

¿Quién vive con usted? _____

¿Se siente seguro(a) en casa? Sí / No

HISTORIA FAMILIAR

Madre: viva/fallecida edad: _____ Enfermedad: _____

Padre: vivo/fallecido edad: _____ Enfermedad: _____

Hermano: vivo/fallecido edad: _____ Enfermedad: _____

Hermana: viva/fallecida edad: _____ Enfermedad: _____

Otros miembros de la familia: _____