

## HISTORIA CLINICA

### FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Fecha de elaboración \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_  
Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_  
Escolaridad: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ Teléfono trabajo \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_  
Fecha y lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Domicilio del trabajo: \_\_\_\_\_  
Pariente más cercano: \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
e-mail: \_\_\_\_\_  
Motivo Principal de Consulta: Explique en sus palabras que tiene y de qué forma desea que le ayudemos: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### ANTECEDENTES FAMILIARES: (Alguna enfermedad de importancia en familiares directos)

Abuelos Paternos: \_\_\_\_\_

Abuelos Maternos: \_\_\_\_\_

Padre: \_\_\_\_\_

Madre: \_\_\_\_\_

Hermanos: \_\_\_\_\_

Hijos: \_\_\_\_\_

Tíos / Otros: \_\_\_\_\_

Primos hermanos: \_\_\_\_\_

(Diabetes, presión alta, cáncer, de la sangre, tuberculosis, hepatitis, trastornos mentales, otros)

### ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS

¿Fuma actualmente?: sí \_\_\_ no \_\_\_ ¿Cuándo dejó de fumar?: \_\_\_\_\_

Fumó: \_\_\_\_\_ ¿Desde cuándo? (edad) \_\_\_\_\_ ¿Cuántos al día? \_\_\_ (Cigarrillos/Puro/Pipa)

¿Toma bebidas alcohólicas? \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

¿Cuánta cantidad? \_\_\_\_\_

#### Alimentación

Carnes Rojas	_____	veces x semana
Carnes Blancas	_____	veces x semana
Verduras	_____	veces x semana
Legumbres	_____	veces x semana
Frutas	_____	veces x semana
Pastas	_____	veces x semana

Horas de sueño habitual: \_\_\_\_\_ x día.      ¿Toma siesta diaria? sí \_\_\_ no\_\_\_  
 ¿Cuánto tiempo? \_\_\_\_\_ A que hora se duerme habitualmente? \_\_\_\_\_  
 Hace usted ejercicio: Sí\_\_\_ No\_\_\_  
 De que tipo \_\_\_\_\_  
 Frecuencia: \_\_\_\_\_ horas por semana: \_\_\_\_\_ Total: \_\_\_\_\_  
 Grupo y Rh sanguíneo \_\_\_\_\_  
 Otras observaciones: \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES PERSONALES** (Señale con una X)

Se le ha diagnosticado alguna de los siguientes:

<u>PADECIMIENTOS</u>	<u>SI</u>	<u>TIEMPO DE EVOLUCION</u>
Accidente Vascular Cerebral	_____	_____
Artritis Reumatoide	_____	_____
Cáncer	_____	_____
Ceguera Parcial	_____	_____
Ceguera Total	_____	_____
Diabetes	_____	_____
Embolia	_____	_____
Enfermedades Infecciosas	_____	_____
Enf. de Transmisión Sexual	_____	_____
Gastritis	_____	_____
Hepatitis	_____	_____
Herpes Zoster	_____	_____
Infarto al Miocardio	_____	_____
Insuficiencia Cardíaca	_____	_____
Insuficiencia Renal Crónica	_____	_____
Lupus Eritematoso Sistémico	_____	_____
Presión Alta	_____	_____
Psoriasis	_____	_____
Trastornos Mentales	_____	_____
Tuberculosis	_____	_____
VIH/SIDA	_____	_____

**POR FAVOR ANOTE EL TRATAMIENTO QUE TOMA PARA SUS DIVERSOS PADECIMIENTOS:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**CIRUGIAS:**                      Cirugía    Fecha

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

1. Hospitalizaciones el último año \_\_\_\_\_ ¿Cuántas? \_\_\_\_\_  
¿Por qué? \_\_\_\_\_ Días Hospitalizado \_\_\_\_\_
2. Fracturas \_\_\_\_\_
3. Transfusiones de sangre \_\_\_\_\_

**ALERGIAS A:**

**FECHAS:**

Comidas	_____	
Cremas locales	_____	
Maquillaje	_____	
Medicamentos	_____	
Picaduras de insecto	_____	
Plantas	_____	
Ungüentos	_____	Otros: _____

**POR FAVOR ESPECIFIQUE A QUÉ SUSTANCIAS HA PRESENTADO ALERGIA Y LA FECHA:**

---

---

**SÍNTOMAS GENERALES:**

Ansiedad	_____
Debilidad	_____
Dolor articular	_____
Dolor de cabeza	_____
Dolor muscular	_____
Falta de hambre	_____
Falta de motivación	_____
Falta de placer	_____
Fiebre	_____
Insomnio	_____
Irritación	_____
Malestar general	_____
Náusea	_____
Pérdida de peso	_____
Sudoración	_____
Vómito	_____

EN CASO POSITIVO EXPLIQUE POR FAVOR:  
¿DESDE HACE CUANTO TIEMPO?

---

---

---

---

Prefiere alimentos con sabor (Señale con una X):

Amargo \_\_\_\_\_  
Acido \_\_\_\_\_  
Dulce \_\_\_\_\_  
Picante \_\_\_\_\_  
Salado \_\_\_\_\_

Evita alimentos con sabor (Señale con una X):

Amargo \_\_\_\_\_  
Acido \_\_\_\_\_  
Dulce \_\_\_\_\_  
Picante \_\_\_\_\_  
Salado \_\_\_\_\_

Apetito Normal\_\_\_\_ Disminuido\_\_\_\_ Aumentado\_\_\_\_  
Sed Normal\_\_\_\_ Disminuida\_\_\_\_ Aumentada\_\_\_\_  
Insaciable\_\_\_\_

Prefiere usted el medio ambiente:

Frío\_\_\_\_  
Calor\_\_\_\_  
Me agradan ambos\_\_\_\_  
Ambos me molestan\_\_\_\_

## DIABETES Y SUS COMPLICACIONES:

¿Es usted diabético? \_\_\_\_\_

¿Cómo lo diagnosticaron?:

1. Descompensación aguda (Hospitalización urgente) \_\_\_\_\_
2. Por estudios de laboratorio de rutina (o al azar) \_\_\_\_\_
3. Por enfermedad aguda \_\_\_\_\_

¿Desde cuando? (fecha) \_\_\_\_\_

¿Conoce su tipo de diabetes? Tipo 1 \_\_\_\_\_ Tipo 2 \_\_\_\_\_

¿Hace dieta? \_\_\_\_\_ (Llenar formato de alimentación)

¿Toma medicamentos para su diabetes? \_\_\_\_\_

¿Cuáles? (incluya la dosis en mg) \_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia? (cuántas veces al día) \_\_\_\_\_

Usa insulina \_\_\_\_\_ ¿De qué tipo(s)? \_\_\_\_\_

¿Cuántas unidades? (incluya horario de aplicación) \_\_\_\_\_

¿Dónde se la aplica? \_\_\_\_\_

¿Rota los lugares de aplicación?: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Se mide su glucosa?: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿Con qué método? \_\_\_\_\_

¿Cada cuándo? \_\_\_\_\_

¿Se ha realizado el estudio denominado Hemoglobina Glicosilada? \_\_\_\_\_

Resultado \_\_\_\_\_ Fecha del último estudio \_\_\_\_\_

Tiene usted actualmente o ha tenido alguna de las siguientes complicaciones (señale con una X):

Fechas aproximadas:

Amputaciones	_____
Cardiopatías	_____
Ceguera Parcial	_____
Ceguera Total	_____
Gangrena en Dedos de los Pies	_____
Infarto Cardíaco	_____
Infarto Cerebral	_____
Insuficiencia Miembros Inferiores	_____
Nefropatía	_____
Neuropatía	_____
Pie diabético	_____
Retinopatía	_____
Úlceras	_____

## VARICES Y ULCERA VARICOSA:

¿Desde cuándo padece várices? \_\_\_\_\_

Tratamiento actual (últimos 3 meses) \_\_\_\_\_

Hasta qué altura presenta las várices:

- |            |        |          |
|------------|--------|----------|
| 1. Pie     | der___ | izq.____ |
| 2. Tobillo | der___ | izq.____ |
| 3. Rodilla | der___ | izq.____ |
| 4. Muslo   | der___ | izq.____ |

¿Presenta úlcera(s)? \_\_\_\_\_ Donde: \_\_\_\_\_

**POR FAVOR INICIE SU DESCRIPCION CON LA MAS GRANDE EN TAMAÑO Y NUMERELAS EN EL ESQUEMA PARA COMPARARLAS EN LAS FOTOGRAFIAS**

(Secreción escasa: casi no mancha, una gasa al día;

Secreción moderada: mancha de 3-5 gasas al día;

Secreción abundante: mancha más de 5 gasas al día, o humedece y traspasa un vendaje.)

1. Úlcera # \_\_\_\_ Tamaño: Altura \_\_\_\_\_ cms x Ancho \_\_\_\_\_ cms  
Presenta zona roja alrededor: Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_  
Secreción: Escasa \_\_\_\_ Moderada \_\_\_\_ Abundante \_\_\_\_
2. Úlcera # \_\_\_\_ Tamaño: Altura \_\_\_\_\_ cms x Ancho \_\_\_\_\_ cms  
Presenta zona roja alrededor: Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_  
Secreción: Escasa \_\_\_\_ Moderada \_\_\_\_ Abundante \_\_\_\_
3. Úlcera # \_\_\_\_ Tamaño: Altura \_\_\_\_\_ cms x Ancho \_\_\_\_\_ cms  
Presenta zona roja alrededor: Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_  
Secreción: Escasa \_\_\_\_ Moderada \_\_\_\_ Abundante \_\_\_\_
4. Úlcera # \_\_\_\_ Tamaño: Altura \_\_\_\_\_ cms. x Ancho \_\_\_\_\_ cms  
Presenta zona roja alrededor: Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_  
Secreción: Escasa \_\_\_\_ Moderada \_\_\_\_ Abundante \_\_\_\_
5. Úlcera # \_\_\_\_ Tamaño: Altura \_\_\_\_\_ cms x Ancho \_\_\_\_\_ cms  
Presenta zona roja alrededor: Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_  
Secreción: Escasa \_\_\_\_ Moderada \_\_\_\_ Abundante \_\_\_\_

Favor de tomarse 4-6 fotografías de las zonas afectadas, a diferentes distancia y posiciones, lateral derecha, izquierda, a tres cuartos, de frente y posteriores cuando aplique para tener

## CARDIOVASCULARES

Tiene antecedentes de (señale con una X lo que aplique):

- Ardor en los pies \_\_\_\_\_
- Desmayos o síncope \_\_\_\_\_
- Dolor en el pecho \_\_\_\_\_
- Enfermedad cardiaca \_\_\_\_\_
- Falta de aire \_\_\_\_\_
- Falta de aire al estar acostado \_\_\_\_\_
- Infarto al corazón \_\_\_\_\_
- Inflamación de piernas \_\_\_\_\_
- Mala circulación \_\_\_\_\_
- Marcapasos \_\_\_\_\_
- Mareos \_\_\_\_\_
- Opresión del pecho \_\_\_\_\_
- Palpitaciones \_\_\_\_\_
- Pérdida del vello piernas \_\_\_\_\_
- Piernas frías \_\_\_\_\_
- Pigmentación de piernas \_\_\_\_\_
- Presión alta \_\_\_\_\_
- Presión baja \_\_\_\_\_
- Úlcera Varicosa \_\_\_\_\_
- Varices \_\_\_\_\_

Claudicación (dolor intenso en piernas al caminar) \_\_\_\_\_

Dolor en las piernas al tenerlas en alto \_\_\_\_\_

Dolor en las piernas al estar de pie o sentado \_\_\_\_\_

EN CASO POSITIVO EXPLIQUE DETALLADAMENTE POR FAVOR:

---

---

---

Toma algún medicamento para el corazón (sí / no) \_\_\_\_\_

¿Cuáles y como los toma?

---

¿Tiene alguna operación del corazón? Sí \_\_\_ No \_\_\_

¿Cuál y cuando se realizó? \_\_\_\_\_

¿Tuvo alguna complicación? \_\_\_\_\_

Utiliza marcapasos \_\_\_\_\_ De que tipo: \_\_\_\_\_

Anote enfermedad cardiaca o vascular que tenga y desde cuando:

---

---

**ENFERMEDAD PULMONAR O RESPIRATORIA**

- Apnea del sueño \_\_\_\_\_
- Asma \_\_\_\_\_
- Bronquitis \_\_\_\_\_
- Dificultad para inhalar \_\_\_\_\_
- Enfisema \_\_\_\_\_
- Gripa \_\_\_\_\_
- Infecciones del pulmón \_\_\_\_\_
- Neumonía \_\_\_\_\_
- Problemas exhalar aire \_\_\_\_\_
- Ronquera \_\_\_\_\_
- Tos persistente \_\_\_\_\_
- Tuberculosis \_\_\_\_\_

Flema blanca \_\_\_\_\_ con sangre \_\_\_\_\_ verde \_\_\_\_\_ amarilla \_\_\_\_\_ ¿Desde cuándo? \_\_\_\_\_

EN CASO POSITIVO EXPLIQUE DETALLADAMENTE POR FAVOR:

---

---

---

¿Alguna vez ha sido intubado o recibido oxígeno? \_\_\_\_\_

¿Por qué? \_\_\_\_\_

¿Toma medicamento para sus pulmones? Si \_\_\_ No \_\_\_

¿Cuál(es)? ¿Dosis?

---

---

¿Desde cuándo? \_\_\_\_\_

Anote si padece alguna enfermedad respiratoria/pulmonar y desde cuando:

---

---



## ENDOCRINOLÓGICO

Caída del cabello \_\_\_\_\_  
Fatiga continua \_\_\_\_\_  
Intolerancia calor \_\_\_\_\_  
Intolerancia frío \_\_\_\_\_  
Mucha hambre \_\_\_\_\_  
Mucha sed \_\_\_\_\_  
No le da hambre \_\_\_\_\_  
No siente los pies \_\_\_\_\_  
Orina mucho \_\_\_\_\_ (Lo normal es 2 a 3 veces por día)  
Se le hinchan las piernas \_\_\_\_\_  
Sudoración \_\_\_\_\_  
Temblor de manos \_\_\_\_\_  
Visión borrosa \_\_\_\_\_

EN CASO POSITIVO EXPLIQUE DETALLADAMENTE POR FAVOR:

---

---

---

Diabetes (azúcar) \_\_\_\_\_ desde hace \_\_\_\_\_ años  
Hospitalizado por alguna complicación de la diabetes: Si\_\_ No\_\_  
¿Cuál fue la complicación? \_\_\_\_\_  
Se aplica usted insulina Si\_\_ No\_\_ Dosis \_\_\_\_\_  
¿De qué tipo? \_\_\_\_\_ Horario \_\_\_\_\_

## MÚSCULO-ESQUELÉTICO:

Dolor de alguna de las siguientes zonas:

Antebrazos \_\_\_\_\_  
Brazos \_\_\_\_\_  
Cuello \_\_\_\_\_  
Espalda \_\_\_\_\_  
Glúteos \_\_\_\_\_  
Manos \_\_\_\_\_  
Muslo \_\_\_\_\_  
Piernas \_\_\_\_\_

Dolor de alguna de las siguientes articulaciones: Explique cuanto tiempo a la fecha lo padece

Cadera \_\_\_\_\_  
Codos \_\_\_\_\_  
Columna \_\_\_\_\_  
Dedos \_\_\_\_\_  
Dedos pies \_\_\_\_\_  
Hombros \_\_\_\_\_  
Muñecas \_\_\_\_\_

Rodillas \_\_\_\_\_  
 Tobillos \_\_\_\_\_  
 Artritis \_\_\_\_\_ Explique \_\_\_\_\_  
 Calambres \_\_\_\_\_  
 Deformidad en manos \_\_\_\_\_ o en los pies \_\_\_\_\_  
 Dolor óseo \_\_\_\_\_  
 Esguinces \_\_\_\_\_  
 Fracturas \_\_\_\_\_  
 Osteoporosis \_\_\_\_\_

Anote algún padecimiento o enfermedad músculo-esquelética que tenga actualmente:(cadera, columna, rodilla) \_\_\_\_\_

Amputación (marque las que apliquen):  
 Pie derecho \_\_\_\_\_ Pie izquierdo \_\_\_\_\_ Dedos \_\_\_\_\_ ¿Cuáles? \_\_\_\_\_  
 Pierna derecha \_\_\_\_\_ Pierna izquierda \_\_\_\_\_  
 Cuando \_\_\_\_\_  
 Complicaciones \_\_\_\_\_  
 ¿Operaciones músculo-esqueléticas? \_\_\_\_\_  
 ¿Cuál y cuando fue? \_\_\_\_\_

#### DERMATOLÓGICOS (PIEL)

Padece alguna enfermedad de la piel \_\_\_\_\_Cuál \_\_\_\_\_  
 Desde cuando \_\_\_\_\_  
 Conoce cual es la causa \_\_\_\_\_  
 Tratamiento que ha recibido: \_\_\_\_\_

#### GASTROINTESTINALES, HÍGADO, TRACTO BILIAR Y PÁNCREAS

Abdomen distendido o con cuerpo extraño _____		
Acidez _____	Hernia hiatal _____	
Alergia a alimentos _____	Hernia umbilical _____	
Alimentación especial _____	Hernia postoperatoria _____	
Apendicitis _____	Hipo _____	
Desnutrición _____	Ictericia (piel amarilla) _____	
Dificultad para deglutir _____	Intolerancia a la lactosa _____	
Dolor abdominal _____	Mal aliento _____	
Eructos _____	Mal sabor de boca _____	
Gases _____	Pancreatitis _____	
Gastritis _____	Pérdida de apetito _____	
Heces con sangre _____	Piedras de la vesícula _____	
Heces pálidas _____	Problema dental y de encías _____	
Heces pastosas _____	Reflujo _____	
Hemorroides internas _____	Sonda enteral _____	
Hemorroides externas _____	Úlcera duodenal _____	
Hepatitis _____	Úlcera gástrica _____	

Evacua \_\_\_\_\_ veces a la semana; características: \_\_\_\_\_  
Anote si padece alguna enfermedad gastrointestinal, del hígado, vesícula o del páncreas y desde cuando: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Toma algún medicamento para algún problema gastrointestinal?  
¿Cuál y como lo toma? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Operaciones o intervenciones gastrointestinales: \_\_\_\_\_  
Cuáles: \_\_\_\_\_  
Cuando: \_\_\_\_\_  
Complicaciones: \_\_\_\_\_

#### APARATO URINARIO Y RIÑONES:

Alteraciones en el olor de la orina	___	Insuficiencia renal	___
Ardor al orinar	___	No orina	___
Cálculos o piedras renales	___	Orina con sangre	___
Disminución del chorro	___	Orina oscuro	___
Dolor al orinar	___	Orina poco y frecuente	___
Ganas de orinar después de haber orinado	___	Orina rojo	___
Incontinencia urinaria continua	___	Urgencia urinaria	___
Incontinencia al toser o reírse	___		
Infección urinaria	___		

Con qué frecuencia: Raro \_\_\_\_\_ Común \_\_\_\_\_ Frecuente \_\_\_\_\_

#### ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS (LLENE SOLO LO QUE APLIQUE)

Fecha de primera menstruación (año o edad): \_\_\_\_\_ y de la última \_\_\_\_\_  
Número de Embarazos: \_\_\_\_\_ Fecha de último embarazo: \_\_\_\_\_  
Número de Partos \_\_\_\_\_ Cesáreas: \_\_\_\_\_ Abortos: \_\_\_\_\_  
Número de hijos vivos actualmente \_\_\_\_\_ Edad de hijo(a) menor: \_\_\_\_\_ años  
Infecciones genitourinarias: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿Cuándo? \_\_\_\_\_  
¿Utiliza (ó) tratamiento hormonal? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿cuál? \_\_\_\_\_  
¿Desde cuando? \_\_\_\_\_ ¿Cuándo lo suspendió? \_\_\_\_\_  
Método de planificación: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_  
Salpingoclasia \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
Histerectomía \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
Fecha de su último Papanicolau: \_\_\_\_\_ Resultado: \_\_\_\_\_

## HEMATOLÓGICO (CONDICIÓN SANGUÍNEA) Y ONCOLÓGICOS (CÁNCER)

Anemia \_\_\_\_\_  
Difícil cicatrización \_\_\_\_\_  
Dificultad para iniciar las actividades (astenia) \_\_\_\_\_  
Dificultad para continuar lo que inicia (adinamia) \_\_\_\_\_  
Fatiga rápida \_\_\_\_\_  
Hemorragias \_\_\_\_\_  
Moretones \_\_\_\_\_  
Palidez generalizada \_\_\_\_\_  
Palpitaciones \_\_\_\_\_  
Petequias (Puntos rojos) \_\_\_\_\_  
Pulso acelerado \_\_\_\_\_  
Respiración acelerada \_\_\_\_\_  
Sangrado fácil \_\_\_\_\_  
Toma aspirina \_\_\_\_\_ ¿Con que frecuencia? \_\_\_\_\_  
Transfusiones \_\_\_\_\_ ¿Ultima ocasión? \_\_\_\_\_  
Uñas frágiles \_\_\_\_\_

EN CASO POSITIVO EXPLIQUE DETALLADAMENTE POR FAVOR:

---

---

---

¿Toma algún medicamento para algún problema de la sangre? Dosis y frecuencia

¿Toma algún medicamento de los siguientes?

Aspirina \_\_\_\_\_ Warfarina \_\_\_\_\_  
Heparina \_\_\_\_\_ Horario \_\_\_\_\_

Anote si padece alguna enfermedad de la sangre y el tratamiento:

---

---

Cáncer de colon \_\_\_\_\_  
Cáncer de cervicouterino \_\_\_\_\_  
Cáncer de mama \_\_\_\_\_  
Cáncer de páncreas \_\_\_\_\_  
Cáncer de piel \_\_\_\_\_  
Cáncer de próstata \_\_\_\_\_  
Cáncer de pulmón \_\_\_\_\_

EN CASO POSITIVO EXPLIQUE DETALLADAMENTE POR FAVOR:

---

---

---

## NEUROLÓGICO:

Adormecimiento manos \_\_\_\_\_  
Adormecimiento piernas \_\_\_\_\_  
Alzheimer \_\_\_\_\_  
Aneurisma \_\_\_\_\_  
Ardor en manos \_\_\_\_\_  
Ardor en pies \_\_\_\_\_  
Calambres manos \_\_\_\_\_  
Calambres pies \_\_\_\_\_  
Coma \_\_\_\_\_  
Convulsiones \_\_\_\_\_  
Demencia senil \_\_\_\_\_  
Depresión \_\_\_\_\_  
Desorientado \_\_\_\_\_  
Dolor de cabeza \_\_\_\_\_  
Dolor de manos \_\_\_\_\_  
Dolor de pies \_\_\_\_\_  
Dolor facial \_\_\_\_\_  
Embolia \_\_\_\_\_  
Hemorragia cerebral \_\_\_\_\_  
Hormigueo en manos \_\_\_\_\_  
Hormigueo en pies \_\_\_\_\_  
Lenguaje incoherente \_\_\_\_\_  
Manos sensibles \_\_\_\_\_  
Migraña \_\_\_\_\_  
No siente sus pies \_\_\_\_\_  
Parálisis facial \_\_\_\_\_  
Parálisis muscular \_\_\_\_\_  
Parkinson \_\_\_\_\_  
Pérdida de la memoria \_\_\_\_\_  
Pies sensibles \_\_\_\_\_  
Poca fuerza \_\_\_\_\_  
Rigidez del cuerpo \_\_\_\_\_  
Temblor de manos \_\_\_\_\_  
Tics \_\_\_\_\_

EN CASO POSITIVO EXPLIQUE DETALLADAMENTE POR FAVOR:

---

---

¿Toma algún medicamento para la cabeza? Sí \_\_\_ No \_\_\_  
¿Algún medicamento neurológico (de los nervios)? Sí \_\_\_ No \_\_\_  
¿Cuál (es) y como lo toma? \_\_\_\_\_  
¿Lo han operado del cerebro o de los nervios? Sí \_\_\_ No \_\_\_  
¿De qué y cuándo? \_\_\_\_\_

## OFTALMOLÓGICO

Astigmatismo	___	Lagrima espesa	___
Catarata	___	Lente intraocular	___
Ceguera	___	Miopía	___
Conjuntivitis	___	Ojo rojo	___
Disminución de la vista	___	Tratamiento con LASER	___
Dolor de ojos	___	Uso de lentes	___
Hemorragias en su ojo	___	Ve manchas	___
Hipermetropía	___	Visión borrosa	___
		Visión doble	___

¿Lo han operado de los ojos? Si / no \_\_\_\_\_

¿De qué y cuándo? \_\_\_\_\_

## OTORRINOLARINGOLOGÍA

Amigdalitis de Repetición \_\_\_ Amigdalectomía \_\_\_

Problemas con sus oídos \_\_\_ Cuáles \_\_\_\_\_

Disminución de la audición \_\_\_ Sordera \_\_\_\_\_

Problemas con su nariz \_\_\_ Cuáles \_\_\_\_\_

Problemas con su olfato \_\_\_ Falta de olfato \_\_\_

Problemas con su garganta \_\_\_ Cuáles \_\_\_\_\_

Tabique desviado \_\_\_ Motivo: \_\_\_\_\_ Desde cuando: \_\_\_\_\_

Tumores en su garganta \_\_\_\_\_

EN CASO POSITIVO EXPLIQUE DETALLADAMENTE POR FAVOR:

---

---

---

## PSIQUIÁTRICOS

Padece algún trastorno mental \_\_\_ Cuál \_\_\_\_\_

Qué tratamiento utiliza \_\_\_\_\_

Desde cuando \_\_\_\_\_

Antidepresivos \_\_\_\_\_ Ansiolíticos \_\_\_\_\_

Otros \_\_\_\_\_

Desde cuando \_\_\_\_\_

¿Ha estado alguna vez hospitalizado para tratamiento psiquiátrico? Sí \_\_\_ No \_\_\_

¿Cuánto tiempo estuvo hospitalizado? \_\_\_\_\_

EN CASO POSITIVO EXPLIQUE DETALLADAMENTE POR FAVOR:

---

---

---

# PADECIMIENTO ACTUAL

POR FAVOR LEALO TODO ANTES DE CONTESTAR

1.- ¿Cuál es la razón por la que solicita esta valoración? Explique brevemente:

---

---

---

2.- ¿Qué tiempo tiene que inició su problema? Especifique el número de días, semanas, etc.

\_\_\_ Días     \_\_\_ Semanas     \_\_\_ Meses     \_\_\_ Años

3.- ¿Hace cuánto tiempo se agravó su problema?

\_\_\_ Horas     \_\_\_ Días     \_\_\_ Semanas     \_\_\_ Meses

Está estable \_\_\_\_\_ No se ha modificado en semanas \_\_\_\_\_

Ha ido empeorando muy lentamente \_\_\_\_\_

4.- ¿Cuáles son sus principales molestias? Marque todas las que apliquen sobre todo en los últimos 3 meses (señale con una X):

1. Adormecimiento de dedos \_\_\_\_\_
2. Adormecimiento de manos \_\_\_\_\_
3. Adormecimiento de pies \_\_\_\_\_
4. Ardor \_\_\_\_\_
5. Ataque al estado general \_\_\_\_\_
6. Aumento de peso \_\_\_\_\_
7. Aumento de volumen local \_\_\_\_\_
8. Calambres \_\_\_\_\_
9. Comezón \_\_\_\_\_
10. Dedos blancos (pálidos) \_\_\_\_\_
11. Dedos negros \_\_\_\_\_
12. Dedos rojos \_\_\_\_\_
13. Deformidad evidente \_\_\_\_\_
14. Dolor \_\_\_\_\_
15. Enrojecimiento de la piel \_\_\_\_\_
16. Escalofríos \_\_\_\_\_
17. Fiebre \_\_\_\_\_
18. Herida infectada \_\_\_\_\_
19. Hinchazón \_\_\_\_\_
20. Pérdida de peso \_\_\_\_\_
21. Úlcera infectada \_\_\_\_\_

6.- ¿De la última semana hasta hoy cual es la principal molestia?

---

---

7.- ¿Qué ha hecho especialmente para esto? (Tratamiento)

---

---

8.- ¿Tiene alguna herida?    Sí \_\_\_        No \_\_\_ (si su respuesta es No, pase a la pregunta #15)

9.- ¿Cuánto tiempo tiene con ella desde que inició?

---

---

10.- ¿Cuándo se agravó?

---

---

11.- ¿Con qué se está curando localmente?

Se lava con: \_\_\_\_\_ mezclado con: \_\_\_\_\_

Luego aplica: \_\_\_\_\_

Cubre la herida con: Nada \_\_\_    Gasas \_\_\_    Apósitos \_\_\_

Explique: cada cuanto tiempo lo realiza?

---

---

12.- ¿Desde cuándo hace esto?

---

---

13.- ¿Ha notado alguna mejoría desde que lo realiza?

---

---

14.- En caso que haya empeorado, ¿qué hace actualmente?

---

---

15.- ¿Utiliza vendaje o calcetas de compresión en sus extremidades inferiores?    Sí \_\_\_    No \_\_\_

16.- ¿Desde cuándo?

---

---

17.- ¿Qué tipo de compresión le brindan?

Compresión baja    \_\_\_

Compresión mediana    \_\_\_

Compresión alta    \_\_\_



## VALORACION ANTROPOMETRICA

Llene lo que pueda completar. Nos permite crearnos una idea general de su compleción.

PESO: \_\_\_\_\_Kg.

PESO HABITUAL: \_\_\_\_\_Kg.

PESO MAXIMO: \_\_\_\_\_Kg.   ¿CUANDO? \_\_\_\_\_

TALLA: \_\_\_\_\_cms

SU COMPLEXION ES:

DELGADA    \_\_\_

MEDIA       \_\_\_

ROBUSTA    \_\_\_

TALLA DE ZAPATO (MEXICO/EUA): \_\_\_\_/\_\_\_\_

FAVOR DE MEDIR LA CIRCUMFERENCIA DE LAS SIGUIENTES AREAS:

HOMBRES:

CUELLO: \_\_\_\_\_

ESPALDA: \_\_\_\_\_

A LA ALTURA DEL OMBLIGO: \_\_\_\_\_

PIERNA DER: \_\_\_\_\_

PIERNA IZQ: \_\_\_\_\_

MUJERES:

CUELLO: \_\_\_\_\_

CINTURA ESCAPULAR: \_\_\_\_\_

CINTURA PÉLVICA: \_\_\_\_\_

CADERA: \_\_\_\_\_

Gracias por su colaboración, con el adecuado llenado de la información antes solicitada, nos da más capacidad para ayudarle a ofrecerle un mejor tratamiento.