

Historial médico

Instrucciones

Para determinar la causa de sus caídas, el médico necesita detalles acerca de su historial, incluidos problemas médicos actuales y anteriores, medicaciones, hábitos de salud e historial familiar. La información puede ser recopilada por usted y los miembros de su familia.

Mi nombre es:

Mi teléfono es:

Historial médico anterior

¿Se ha visto afectado por alguno de los siguientes problemas o patologías? De ser así, ¿cuándo se le detectó por primera vez?

Patología	¿Cuándo?	Sí	No
Desmayo o pérdida del conocimiento	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ataque cardiaco, problema cardiaco	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arritmia cardiaca	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Convulsiones	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma o enfisema	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso excesivo de alcohol	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Daño nervioso o neuropatía	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ataque apopléjico o ataque isquémico transitorio (TIA)	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mareos o vértigo	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pérdida auditiva	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas visuales	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artritis	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cirugía articular	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problema de retención consciente de orina	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depresión	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fracturas	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporosis	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad de Parkinson	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Historial médico actual

Indique las patologías médicas que actualmente le afectan o por las que en estos momentos recibe tratamiento.

¿Cuándo comenzó?

Patología

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Historial psiquiátrico

Enumere todas las patologías psiquiátricas o tratamientos que ha recibido, con la fecha aproximada de inicio de cada una de ellas.

Fecha

Patología o tratamiento

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

Historial familiar

Indique qué miembros de su familia han padecido alguna de las siguientes patologías médicas (indique la relación que tienen con usted, no sus nombres).

Patología	Familiar o familiares
Artritis	_____
Enfermedad de Parkinson	_____
Enfermedad de Alzheimer	_____
Enfermedad cardiaca	_____
Diabetes	_____
Depresión	_____

Hábitos de salud

Si alguna vez ha fumado, ¿cuántos paquetes fumaba al día y por cuántos años? _____

Si usted ya no fuma, ¿cuándo dejó de hacerlo?

¿Ingiere bebidas alcohólicas casi todos los días?

_____ No _____ Sí

Si la respuesta es afirmativa,

¿cuántos tragos diarios, habitualmente?

(un trago es una cerveza, 6 onzas de vino o dos onzas de licor fuerte)

¿Vive solo?

_____ No _____ Sí

Historial de medicamentos

Indique todos los medicamentos **de prescripción médica** que actualmente ingiere.

Nombre del medicamento	Concentración y veces al día
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Indique todos los medicamentos **de venta libre** que ingiere en estos momentos al menos una vez por la semana.

Nombre del medicamento	Concentración y veces al día
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Revisión de sistemas

¿Se ha visto afectado por alguno de los siguientes problemas durante los últimos meses?

Describa brevemente cualquier problema e indique las fechas aproximadas en que se produjeron. Si necesita más espacio, escriba en el reverso de la hoja. Si no ha sufrido el problema, deje la línea en blanco.

Problema	Descripción, fecha(s)
Enfermedad aguda reciente	_____
Pérdida de memoria	_____
Mareos	_____
Incontinencia urinaria	_____
Dolor de cabeza	_____
Dolor en el pecho	_____
Palpitaciones	_____
Dolor articular	_____
Articulaciones flojas	_____
Problemas en los pies	_____
Edema	_____
Debilidad	_____
Pérdida de peso	_____
Fatiga o agotamiento	_____
Uso de un bastón o una caminadora	_____
Imposibilidad de vestirse o bañarse	_____
Imposibilidad de subir escaleras	_____
Imposibilidad de caminar una cuadra	_____
Tristeza o depresión	_____