

Informe familiar: el historial médico: instrucciones

(No copie esta página para los pacientes ni la familia.)

Esta herramienta forma parte de la serie de cuestionarios creados para recolectar información que generalmente es pertinente al diagnóstico diferencial de un problema de memoria.

El “Informe familiar: historial médico” recopila información acerca del paciente: negativas pertinentes, historial laboral y educacional, medicamentos, hábitos de salud y una revisión de sistemas específicos para el diagnóstico diferencial de trastornos de la memoria. Este cuestionario puede completarlo el paciente, su familia o ambos. Algunas secciones recopilan información acerca de problemas de salud actuales y pasados; estos últimos podrían omitirse si el paciente ya se ha recuperado.

Informe familiar: el historial médico:

Instrucciones

Para determinar la causa de los problemas de memoria, el médico necesita detalles acerca del historial del paciente, incluidos problemas médicos actuales y anteriores, medicamentos, hábitos de salud e historial familiar. Tal vez sea necesario obtener la información del paciente y de sus familiares.

***Nombre
del paciente:***

Mi nombre es:

Mi teléfono es:

**Historial
médico
anterior**

¿El paciente se ha visto afectado por alguna de las siguientes patologías médicas? De ser así, ¿cuándo se le detectó por primera vez?

No	Sí	¿Cuándo?	Patología
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Presión sanguínea alta
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Enfermedad cardíaca, angina
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Problema de tiroides
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Colesterol alto
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Ataque apopléjico
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Neuropatía
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Mala circulación
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Diabetes
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Hepatitis
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Herida grave en la cabeza
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Enfermedad de Parkinson
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Alcoholismo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Depresión
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Sífilis u otra enfermedad venérea
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Convulsiones
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Uso de drogas de venta callejera
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Cáncer
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Hematoma o hemorragia cerebral
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Meningitis o encefalitis
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Pérdida auditiva o de la visión grave
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Deficiencia de vitaminas

**Historial
médico
actual**

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

¿Cuándo comenzó?	Patología
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

**Problemas
médicos
anteriores**

Indique todas las patologías médicas que el paciente ha sufrido en el pasado, incluso aquéllas que ya no le afectan.

¿Cuándo comenzó?	Patología
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

**Historial
quirúrgico**

Indique todas las intervenciones quirúrgicas a las que se ha sometido el paciente y la fecha aproximada en que se realizaron.

Fecha	Intervención quirúrgica
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

**Historial
Psiquiátrico**

Indique todas las patologías psiquiátricas, de salud mental o los tratamientos que ha recibido el paciente, además de la fecha aproximada de inicio de cada una.

Fecha	Patología o tratamiento
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

**Educación
y
empleo**

¿Cuál es el nivel más alto de educación formal que el paciente completó? _____

¿Qué tipo principal de trabajo realizaba el paciente?

¿Qué otros trabajos ha realizado el paciente? _____

¿Ha trabajado alguna vez el paciente con productos químicos, solventes o metales pesados (por ejemplo, plomo)? ___No___Sí.
Si la respuesta es “Sí”, indique con cuáles. _____

¿El paciente tiene antecedentes de haberse expuesto a radiación o a radioterapia?

_____No_____Sí

¿Ha recibido el paciente alguna vez terapia electroconvulsiva o de “shock”? _____No_____Sí

¿Ha sido boxeador el paciente? ___No___Sí

**Evaluación
previa**

¿Se ha realizado un estudio de imagenología cerebral
(TC cerebral o MRI)?

_____ No _____ Sí

En caso afirmativo, indique la fecha y el lugar.

¿Le han practicado exámenes de sangre producto de su problema
de pérdida de memoria?

_____ No _____ Sí

En caso afirmativo, indique la fecha y el lugar.

¿Le habían sometido antes a una evaluación por pérdida
de memoria?

_____ No _____ Sí

En caso afirmativo, indique la fecha y el lugar. _____

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
Alzheimer o demencia	_____
Enfermedad de Parkinson	_____
Depresión	_____
Ataque apopléjico	_____
Enfermedad cardíaca	_____
Síndrome de Down	_____
Diabetes	_____

Hábitos de salud Si el paciente alguna vez ha fumado, ¿cuántos paquetes fumaba al día y por cuántos años? _____

Si el paciente ya no fuma, ¿cuándo dejó de hacerlo?

¿El paciente 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) _____

Historial de medicamentos

Indique todos los medicamentos de **prescripción** médica que actualmente toma el paciente.

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

Indique todos los medicamentos **de venta libre** que el paciente actualmente toma al menos una vez por semana.

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

Revisión de sistemas

¿El paciente 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 el espacio en blanco.

Problema fecha(s)	Descripción,
Cambio de personalidad	_____
Problemas para hablar, encontrar palabras	_____
Debilidad en un lado del cuerpo	_____
Juicio débil	_____
Episodios de confusión severa	_____
Pérdida de la alerta, no puede despertar	_____
Creer algo que obviamente no es verdad	_____
Llora, se molesta sin razón	_____
Pérdida auditiva o de la visión	_____
Problemas con los dientes, encías	_____
Herida producto de una caída	_____
Problemas de equilibrio o de caminar	_____
Ronquido fuerte, jadea para respirar mientras duerme	_____
Falta de aire	_____
Tos crónica	_____
Cambio en los hábitos de evacuación	_____
Sangrado del recto	_____

**Revisión de
sistemas
(continuación)**

- Mayor o menor interés en el sexo _____
- Problemas al orinar, incontinencia _____
- Dolor de huesos o articulaciones _____
- Movimiento limitado de brazos, piernas _____
- Manchas en la piel que sangren
o hayan crecido _____
- Sequedad o sudación inusual de la piel _____
- Cambios de apetito _____
- Sed inusual _____
- Fatiga extrema _____
- Cambio en los hábitos de sueño _____
- Pérdida o aumento de peso _____
- No puede preparar comidas ni comerlas _____

Cuando haya completado el formulario, entréguelo a: _____
