

Weill-Cornell Physicians Organization/NY Neurological Associates PC

HISTORIA CLINICA

Para asegurarnos que le estemos facilitando el mejor servicio posible, por favor llene su historia médica en **LOS DOS LADOS DE ESTA PAGINA**. Si nada ha cambiado desde su última visita, por favor escriba sus iniciales en el espacio indicado.

Nombre				
Fecha de Visita		Fecha de Nacimiento		
Doctor Primario				
¿Ha visto a otro neurólogo antes?				
Ocupación			Educación	
Yo vivo (circule)	Sola <input type="checkbox"/>	Con:		
Estado Civil (circule)	Soltero <input type="checkbox"/>	Casado <input type="checkbox"/>	Viudo <input type="checkbox"/>	Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/>

¿CUAL ES LA RAZON DE SU VISITA HOY? ¿PORQUE SU DOCTOR PRIMARIO LO REFERIO PARA VER UN NEUROLOGO?

HISTORIA MÉDICA Y CIRUGIAS

Por favor incluya 1. Problemas médicos (ejemplo: diabetes, presión alta, 2. Hospitalizaciones, y 3. Cirugías

*ALERGIAS A MEDICACIONES NINGUNA Nombre _____ Reacción _____

MEDICACIONES (por favor incluya nombres, dosis, y cuando comenzó la medicina):

¿Fuma cigarrillos? Si ¿Cuantos cigarrillos por día? _____ Deje Nunca
 ¿Bebe alcohol? Si ¿Cuantos tragos a la semana? _____ Nunca

POR FAVOR COMPLETE EL OTRO LADO*

***POR FAVOR INICIALE AQUI SI NADA HA CAMBIADO DESDE SU ÚLTIMA VISITA:**

NOMBRE _____

FECHA DE NACIMIENTO _____

¿Usa su mano DERECHA o IZQUIERDA ? (marca uno)

¿Si usted es mayor de 65 años, se ha puesto la vacuna de neumonía? Si No ¿Cuándo? _____

HISTORIA DE FAMILIA

Relación	Vivo/Muerto	Edad	Tiene problema similar al mío	Problemas de Salud
MADRE				
PADRE				
HERMANOS				
HERMANAS				
HIJOS				
OTROS				

SINTOMAS Por favor escoja los síntomas que usted ha tenido RECIENTEMENTE.

Constitucional	Ojos	Gastrointestinal	Endo/Heme/Alergias
Fiebre <input type="checkbox"/>	Visión borrosa <input type="checkbox"/>	Ardor estomacal / indigestión <input type="checkbox"/>	Moretones/ Sangrado <input type="checkbox"/>
Escalofríos <input type="checkbox"/>	Visión doble <input type="checkbox"/>	Nauseas <input type="checkbox"/>	Alergias general <input type="checkbox"/>
Cambio de peso <input type="checkbox"/>	Sensibilidad a la luz <input type="checkbox"/>	Vomito <input type="checkbox"/>	Demasiada sed <input type="checkbox"/>
Malestar <input type="checkbox"/>	Dolor en el ojo <input type="checkbox"/>	Dolor estomacal <input type="checkbox"/>	NINGUNO <input type="checkbox"/>
Trastornos del sudor <input type="checkbox"/>	Infección en el ojo <input type="checkbox"/>	Diarrea <input type="checkbox"/>	Neurológico
Perdida de fuerzas <input type="checkbox"/>	Enrojecimiento de los ojos <input type="checkbox"/>	Estreñimiento <input type="checkbox"/>	Mareo <input type="checkbox"/>
NINGUNO <input type="checkbox"/>	NINGUNO <input type="checkbox"/>	Materias con sangre <input type="checkbox"/>	Adormecimiento u hormigueos <input type="checkbox"/>
Piel	Cardiovascular	Materias negra <input type="checkbox"/>	Temblores <input type="checkbox"/>
Erupción <input type="checkbox"/>	Dolor en el pecho <input type="checkbox"/>	NINGUNO <input type="checkbox"/>	Cambio en sensibilidad <input type="checkbox"/>
Picazón <input type="checkbox"/>	Palpitaciones <input type="checkbox"/>	Genitourinario	Problemas del habla <input type="checkbox"/>
NINGUNO <input type="checkbox"/>	Dificultad para respirar acostado <input type="checkbox"/>	Dolor al orinar <input type="checkbox"/>	Debilidad focal <input type="checkbox"/>
HEENT	Dolor de pierna cuando camina <input type="checkbox"/>	Urgencia <input type="checkbox"/>	Convulsiones <input type="checkbox"/>
Dolor de cabeza <input type="checkbox"/>	Hinchazón de piernas <input type="checkbox"/>	Frecuencia <input type="checkbox"/>	Perdida de la memoria <input type="checkbox"/>
Sordera <input type="checkbox"/>	Falta de aire cuando duerme <input type="checkbox"/>	Sangrado <input type="checkbox"/>	NINGUNO <input type="checkbox"/>
Zumbido en el oído <input type="checkbox"/>	NINGUNO <input type="checkbox"/>	Dolor en el costado <input type="checkbox"/>	Psiquiátrico
Dolor en el oído <input type="checkbox"/>	Respiratorio	NINGUNO <input type="checkbox"/>	Depresión <input type="checkbox"/>
Infección del oído <input type="checkbox"/>	Tos <input type="checkbox"/>	Musculoskeletal	Ideas de suicidio <input type="checkbox"/>
Hemorragia nasal <input type="checkbox"/>	Sangre en expectoración <input type="checkbox"/>	Dolor muscular <input type="checkbox"/>	Abuso de sustancias <input type="checkbox"/>
Congestión <input type="checkbox"/>	Expectoración/moco <input type="checkbox"/>	Dolor en el cuello <input type="checkbox"/>	Alucinaciones <input type="checkbox"/>
Chillidos en el pecho <input type="checkbox"/>	Falta de aire <input type="checkbox"/>	Dolor de espalda <input type="checkbox"/>	Ansiedad <input type="checkbox"/>
Dolor de garganta <input type="checkbox"/>	Chillidos en el pecho <input type="checkbox"/>	Dolor articular <input type="checkbox"/>	Dificultad al dormir <input type="checkbox"/>
NINGUNO <input type="checkbox"/>	NINGUNO <input type="checkbox"/>	¿Se ha caído? <input type="checkbox"/>	Perdida de la memoria <input type="checkbox"/>
		NINGUNO <input type="checkbox"/>	NINGUNO <input type="checkbox"/>

¿Cualquier cosa que quiera decirle al doctor?:

Firma de paciente:	Revisado por el doctor:
POR FAVOR INICIALE AQUÍ SI INFORMACION NO HA CAMBIADO DE SU ULTIMA VISITA:	Fecha: