

FOMULARIO DE ANTECEDENTES MÉDICOS DEL PACIENTE DE OTOLARYNGOLOGY PHYSICIANS OF LANCASTER

Nombre: _____ **Fecha de nacimiento:** _____ **Edad:** _____ **Género:** ___ Masculino ___ Femenino

Médico de cabecera _____ **Médico que deriva** _____

Estatura _____ **Peso** _____ **¿Está usted embarazada? Sí** _____ **No** _____

Antecedentes médicos del paciente - Encierre con un círculo si el PACIENTE actualmente tiene o tuvo alguna de las siguientes / Patient Medical History - Please Circle if the PATIENT currently has or previously had any of the following			
Reflujo ácido/Acidez estomacal/Reflujo gastroesofágico <i>Acid Reflux/Heartburn/GERD</i>	Depresión / <i>Depression</i>	Triglicéridos/Colesterol elevados <i>High Triglycerides/Cholesterol</i>	Apnea del sueño / <i>Sleep Apnea</i>
Artritis / <i>Arthritis</i>	Diabetes / <i>Diabetes</i>	VIH / <i>HIV</i>	Accidente cerebrovascular / <i>Stroke</i>
Asma / <i>Asthma</i>	Enfermedades cardíacas/Arritmia cardíaca <i>Heart Disease/Heart Arrhythmia</i>	Enfermedad renales / <i>Kidney Disease</i>	Enfermedad tiroideas / <i>Thyroid Disease</i>
Ansiedad / <i>Anxiety</i>	Dificultad auditiva / <i>Hearing Difficulty</i>	Lupus / <i>Lupus</i>	Otra / <i>Other:</i>
Cáncer / <i>Cancer</i>	Hepatitis / <i>Hepatitis</i>	Migrañas / <i>Migraines</i>	
EPOC/Enfermedad pulmonar / <i>COPD/Lung Disease</i>	Presión arterial alta / <i>High Blood Pressure</i>	Convulsiones / <i>Seizures</i>	

Indicar todos los antecedentes médicos activos del paciente / Indicate All Active Patient Medical History		Exámenes de salud y de detección preventiva / Health and Preventative Screening	
AFECCIÓN / CONDITION	Fecha de diagnóstico/Plan de tratamiento <i>Diagnosis Date/Treatment Plan</i>	Detección/Cuidado preventivo <i>Screening/Preventative Care</i>	Centro/Fecha <i>Facility/Date</i>
		Densitometría ósea / <i>Bone Density Scan</i>	
		Incontinencia urinaria / <i>Urinary Incontinence</i>	
		Vacuna contra la influenza - VACUNA CONTRA LA GRIPE / <i>Influenza Vaccine - FLU SHOT</i>	
		Vacuna contra la neumonía / <i>Pneumonia Vaccine</i>	
		Mamografía / <i>Mammogram</i>	
		Colonoscopia / <i>Colonoscopy</i>	

¿El paciente fue sometido a anestesia general alguna vez? / Has the patient ever had General Anesthesia? Sí / Yes No / No

Antecedentes quirúrgicos del paciente - Por favor encierre con un círculo / Patient Past Surgical History - Please circle			
Adenoides / <i>Adenoids</i>	Hernia / <i>Hernia</i>	Parótida / <i>Parotid</i>	Amígdalas / <i>Tonsils</i>
Angioplastia / <i>Angioplasty</i>	Histerectomía / <i>Hysterectomy</i>	Rinoplastia/Septoplastia / <i>Sinus/Septoplasty</i>	Trompas / <i>Tubes</i>
Baipás / <i>Bypass</i>	Pulmón / <i>Lung</i>	Estent / <i>Stent</i>	Otra / <i>Other</i>
Esofágica / <i>Esophageal</i>	Mastoidea / <i>Mastoid</i>	Piel / <i>Skin</i>	
Vesícula biliar / <i>Gallbladder</i>	Marcapasos / <i>Pacemaker</i>	Tiroides / <i>Thyroid</i>	

Medicamentos - Indique todos los medicamentos que el paciente está tomando actualmente - use el reverso del formulario si es necesario. / Medications - Please list all medications the patient is currently taking - use back of form if need be.			
Nombre del medicamento / Name of Medication	Dosis/Veces por día / Dosage/Times per Day	Forma de administración / Route	Motivo / Reason

Alergias a Medicamentos - Use el reverso del formulario si es necesario. / Medication Allergies - Use back of form if need be.

Nombre del medicamento / Name of Medication	Reacción / Reaction

Farmacia primaria _____

Ubicación y teléfono de la farmacia _____

Antecedentes Médicos de la Familia - Marque con un círculo si algún FAMILIAR actualmente tiene o tuvo alguna de las siguientes afecciones. INDIQUE EL PARENTESCO. / FAMILY Medical History - Please Circle if any FAMILY member currently has or previously had any of the following. PLEASE INDICATE RELATION.

Reflujo ácido/acidez estomacal/ Reflujo gastroesofágico / Acid Reflux/ Heartburn/GERD	EPOC/Enfisema / COPD/Emphysema	Triglicéridos Altos/Colesterol / High Triglycerides/Cholesterol	Convulsiones / Seizures
Artritis / Arthritis	Diabetes	VIH/Hepatitis / HIV/Hepatitis	Apnea del sueño / Sleep Apnea
Asma / Asthma	Enfermedades Cardíacas / Heart Arrhythmia	Enfermedad renales / Kidney Disease	Accidente cerebrovascular / Stroke
Ansiedad/Depresión / Anxiety/Depression	Dificultad para escuchar / Hearing Difficulty	Lupus	Enfermedad tiroideas / Thyroid Disease
Cáncer / Cancer	Alta presión arterial/ High Blood Pressure	Migrañas / Migraines	Otra: / Other:

Marque con un círculo el comportamiento social e indique con qué frecuencia, si es anterior, indique anterior. / Please circle social behavior and indicate how often, if former indicate former.

Comportamiento social / Social Behavior	¿Cuánto y con qué frecuencia? / How Much? & How Often?	Comportamiento social / Social Behavior	¿Cuánto y con qué frecuencia? / How Much? & How Often?
Alcohol		Bastoncillos de algodón / Q-Tips	
Cafeína / Caffeine		Drogas ilícitas/recreacionales / Street/Recreational Drugs	
Tabaco - fumar o masticar / Tobacco - smoke or chew		Otro / Other:	