

Fecha de hoy: _____

Datos demográficos del paciente

Nombre _____ SSN _____ Fec. de nac. _____

Nombre de la farmacia _____ Teléfono de la farmacia _____ Dirección de la farmacia _____

Médico de atención primaria _____ Médico remitente _____

¿Tiene un documento de voluntades anticipadas? ☐ Sí ☐ No

Medicamentos (enumere todos los medicamentos, con o sin receta, que esté tomando/usando actualmente)

Medicamentos	Dosis/Concentración	¿Con qué frecuencia toma/usa este medicamento?	¿Cuál es el motivo por el que toma/usa este medicamento?	¿Quién le recetó este medicamento?

Alergias (enumere todas las alergias y la reacción que se produjo)

Alérgico a	Describe la reacción que se produjo

Historial médico/quirúrgico (enumere todas las afecciones médicas y cirugías previas)

Historial médico familiar

	Enfermedad/Afección	¿Fallecido/s?	Causa del fallecimiento
Padre		☐ Sí ☐ No	
Madre		☐ Sí ☐ No	
Abuelos		☐ Sí ☐ No	
Hermanas/os		☐ Sí ☐ No	

Historial social

	Tipo	Cantidad	¿Año de abandono?
Alcohol			
Cafeína			
Drogas recreativas			
Productos de tabaco			

Fecha de hoy: _____

Nombre _____ SSN _____ Fec. de nac. _____

Revisión de síntomas (indique si tuvo alguno de los siguientes síntomas en los seis meses previos)

Generales	Fiebre/Escalofríos	☐	☐	Abdomen	Indigestión/Acidez	☐	☐		
	Sudoración nocturna	☐	☐		Úlceras	☐	☐		
	Pérdida de peso (____ lbs)	☐	☐		Diverticulitis/Enfermedad de Crohn/Colitis	☐	☐		
	Ictericia	☐	☐		Estreñimiento	☐	☐		
Ojos	Cataratas o glaucoma	☐	☐	Urinarios	Problemas de vesícula biliar	☐	☐		
	Lentes de contacto o anteojos	☐	☐		Hernia	☐	☐		
	Visión distorsionada	☐	☐		Diarrea	☐	☐		
Oídos	Pérdida de audición/Dolor/Zumbido	☐	☐		Endocrinos	Náuseas/Vómitos	☐	☐	
	Mareos o vértigo	☐	☐			Cambio en los hábitos intestinales/Heces con sangre	☐	☐	
	Infecciones del oído	☐	☐			Vómitos con sangre	☐	☐	
Nariz	Congestión	☐	☐			Hematología	Cálculos renales	☐	☐
	Goteo nasal	☐	☐	Enfermedades contagiosas	Insuficiencia renal (diálisis)		☐	☐	
	Respiración por la boca	☐	☐		Incontinencia		☐	☐	
	Hemorragias nasales	☐	☐		Dolor al orinar o sangrado		☐	☐	
Garganta	Dolores de garganta frecuentes	☐	☐	Enfermedades de la tiroides	Problemas de próstata	☐	☐		
	Dificultad para tragar	☐	☐		Diabetes	☐	☐		
	Ronquidos	☐	☐		Sustitución hormonal	☐	☐		
	Dentales	Apnea del sueño	☐	☐	Enfermedades	Anemia	☐	☐	
Somnolencia diurna		☐	☐	Enfermedades contagiosas		Hepatitis	☐	☐	
Corazón		Dentadura postiza: superior e inferior	☐		☐	Piel	VIH/SIDA	☐	☐
	Última visita al dentista: ____/____/____ (MM/AA)	☐	☐	Psicológicos	Lesión/Sarpullido/Urticaria		☐	☐	
	Dentista: _____				Psoriasis/Eczema	☐	☐		
	Pulmones	Aleteo auricular/Palpitaciones	☐	☐	Nerviosos	Depresión	☐	☐	
Soplo		☐	☐	Músculos		Cambios en el estado de ánimo	☐	☐	
Presión arterial alta		☐	☐			Otros (especifique)	Adormecimiento	☐	☐
Dolor de pecho		☐	☐				Convulsiones	☐	☐
Senos	Bronquitis/Tos crónica	☐	☐		Accidente cerebrovascular		☐	☐	
	Asma/Sibilancias	☐	☐	Migraña	☐		☐		
	Falta de aire	☐	☐	Artritis	☐	☐			
	EPOC/Enfisema	☐	☐			☐	☐		
Vasculares	Nódulo o quiste	☐	☐						
	Dolor o secreción	☐	☐						
	Cambio de apariencia	☐	☐						
	Antecedentes familiares de cáncer de mama/ovario	☐	☐						
Vasculares	Circulación en brazos y piernas	☐	☐						
	Aneurisma	☐	☐						
	Várices	☐	☐						
	Hinchazón de pies/piernas	☐	☐						
	Coágulo de sangre	☐	☐						

Solo para mujeres (complete y marque todas las opciones que correspondan)

¿Está embarazada? ☐ Sí ☐ No Método de anticoncepción: _____

Número de: Embarazos _____ Abortos inducidos _____ Abortos espontáneos _____ Nacimientos con vida _____