

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 | _____ |