



Dr. Peter Zonakis M.D. Otorrinolaringología

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Fecha de Hoy: _____

Por favor responda las siguientes preguntas:

Médico de Cabecera: _____ Medico referente: _____

Motivo de visita de hoy: _____

Ha tenido tratamiento previo: Si _____ No _____

Por favor explique: _____

ENT Revisión de Sistemas

Oídos: Circule Derecho y/o Izquierdo

D / I Pérdida de la Audición _____ Mareo (sensación de dar vueltas)

D / I Zumbido de Oído _____ Fuera de Balance

D / I Secreción del Oído _____ Exposición al Ruido Fuerte (___ Armas ___ Trabajo)

Nariz:

_____ Congestión

_____ Nariz Mocosas

_____ Goteo Pos nasal

_____ Hemorragias Nasales

_____ Infecciones Senos nasales

_____ Obstrucción de la Respiración

_____ Anormalidad de Olor

Dolor de cabeza:

Donde está localizado? _____

_____ Constante

_____ Periódico

_____ Dolor Punzante

_____ Presión

_____ Náuseas

_____ Sensibilidad a la Luz / Síntomas del Ojo

Garganta:

_____ Dolor de Garganta

_____ Dificultad para Ingerir

_____ Ronquera

_____ Tos

_____ Úlceras en la Boca

_____ Ardor de Estómago

Cara y Cuello:

_____ Nudo en el Cuello

_____ Llaga que no Cicatriza

_____ Cambio en Lunar

_____ Cicatriz

_____ Dolor:

Lado: ___ Derecho ___ Izquierdo



Marque si ha tenido alguno de los siguientes:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Pérdida de la Audición | <input type="checkbox"/> Mononucleosis |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Enfermedad Cardíaca | <input type="checkbox"/> Esclerosis |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Soplo del Corazon | <input type="checkbox"/> Marcapasos |
| <input type="checkbox"/> Desorden Sanguíneo | <input type="checkbox"/> Desorden de la Próstata | <input type="checkbox"/> Hepatitis |
| <input type="checkbox"/> Bronquitis | <input type="checkbox"/> Presión Arterial Alta | <input type="checkbox"/> Neumonía |
| <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> Colesterol Alto | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Cataratas | <input type="checkbox"/> VIH Positiva | <input type="checkbox"/> Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Trastorno Psiquiátrico | <input type="checkbox"/> Enfermedad del Riñón | <input type="checkbox"/> Glaucoma |
| <input type="checkbox"/> Enfisema | <input type="checkbox"/> Hipertermia Maligna | <input type="checkbox"/> Migrañas |
| <input type="checkbox"/> Úlceras del Estómago | <input type="checkbox"/> Desorden de la Tiroides | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |

Otras Enfermedades:

Antecedentes familiares: Marque todos los que correspondan:

- | | | |
|---|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Derrame Cerebral | <input type="checkbox"/> Enfermedad del Corazón | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de la Audición | <input type="checkbox"/> Presión Arterial Alta | <input type="checkbox"/> Cancer |
| <input type="checkbox"/> Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Enfermedad Respiratoria | <input type="checkbox"/> Artritis |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad del Riñón | <input type="checkbox"/> Complicaciones de Anestesia | |

Alergias:

Medicamentos:

Historial Cirúrgico:
