

Grand River Health

General Surgery New Patient History Form

Note: This is a confidential record and will be kept in your doctor's office. Information contained here will not be released to anyone without your authorization to do so.

Apellido: _____ Nombre: _____ I: _____

Fecha de hoy: _____ Doctor que le refirió: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: ____ Farmacia Local: _____

Queja Principal

Cuál es la razón principal por su visita de hoy? (Describa su problema en detalle)

Cuando notó por primera vez este problema? _____

Es esta lesión relacionada al trabajo? Sí No

Antecedentes Médicos e Historia Social

Liste todas las enfermedades serias en su familia inmediata. Por favor liste el miembro de familia.

(Por ejemplo: madre-diabetes o hermano-cáncer de vejiga)

Liste cualquier enfermedad personal pasada y/o cirugías:

Alergias y reacción:

Liste cualquier medicamento que está tomando y la dosis:

Usted fuma? S N Ex Fumador? S N Bebe usted alcohol? S N Socialmente

(Más preguntas en el otro lado)

Para Uso Médico solamente: (Comentarios/Notas)

Altura: _____ Peso: _____ P/A: _____ Temp: _____ Pulso/Resp: _____ O2: _____

Nombre del Paciente: _____ FDN: _____

Revisión de Sistemas

Tiene usted ahora o ha tenido cualquier problema relacionado a los siguientes sistemas? **Circule Si o NO.**
Por favor explique cualquier respuesta a **SI** en el espacio proporcionado.

Síntomas Constitucionales

Fiebre	S	N
Escalofríos	S	N
Sentirse mal/Cansado	S	N
Pérdida de peso Reciente/Aumento lbs	_____	_____

Cardiovascular

Slow Heart Rate	S	N
Frecuencia Cardiaca lenta	S	N
Dolor en el Pecho	S	N
Palpitaciones	S	N
Claudicación de Pierna	S	N
Edema de Extremidades Inferiores	S	N

Respiratorio

Sibilancias	S	N
Tos Frecuente	S	N
Falta de Aliento	S	N
Catarro	S	N
Dificultad al respirar cuando esta acostado?	S	N

Gastrointestinal

Dolor Abdominal	S	N
Nausea/Vomito	S	N
Indigestión/Acidez	S	N
Estreñimiento	S	N
Diarrea	S	N
Excremento Oscuro	S	N
Sangre en Excremento	S	N
Hemorroides	S	N
Problemas con el Recto	S	N
Ulceras Estomacales	S	N

Tegumentario

Lesiones en la Piel	S	N
Heridas en la Piel	S	N
Comezón Persistente	S	N
Cambios en Lunares	S	N
Dolor de Pechos	S	N
Protuberancias en Pechos	S	N
Celulitis	S	N

Psiquiátrico

Depresión	S	N
Ansiedad	S	N
Tendencias Suicidas	S	N
Cambio en Personalidad	S	N
Problemas Emocionales	S	N

Neurológico

Desmayos	S	N
Mareos	S	N
Confusion	S	N
Debilidad en las Extremidades	S	N
Dificultad al Caminar	S	N
Convulsiones	S	N

Hematológico/Linfático

Glándulas Inflamadas	S	N
Glándulas Inflamadas en el Cuello	S	N
Sangra Fácilmente	S	N
Hematomas	S	N

Alguna vez ha tomado?

Insulina	S	N
Cortisona	S	N
Medicina para Tiroides	S	N
Medicinas para Presión Arterial	S	N
Píldoras para Control Natal	S	N

Otro _____

Otra historia médica que le gustaría compartir?

Firma: _____

Fecha: _____