

Historia del Paciente

Identificación—¿Cómo se llama? ¿Qué edad tiene? ¿En qué trabaja? ¿Dónde vive? ¿Quién es su médico?

Queja Principal—¿Qué molestias tiene?

Historia de la Enfermedad Actual—

Ubicación/Radiación. (¿Dónde le duele? ¿Se mueve a otra parte del cuerpo?)

Tiempo. (¿Cuándo sucede? ¿Alguna hora del día en particular? ¿Le duele cuando come?, cuando hace ejercicio? cuando cambia de posición?)

Características. (¿Cómo es el dolor? punzante o agudo, sordo, intermitente, va y viene?)

Intensidad. (En una escala de 1 a 10, siendo el 10 el peor dolor que ha sentido en su vida, ¿cómo diría usted que es este dolor?)

Inicio. (¿Cuándo le comenzó el dolor?)

Factores de Cambio. (¿Hay algo que lo mejora o empeora?, ¿qué le quita o alivia el dolor?)

Síntomas asociados. (¿Hay algún otro síntoma que se presenta cuando tiene dolor?)

Historia Médica Anterior—¿Tiene otros problemas de salud?

¿Está tomando medicinas? Nombre, ¿Cuánta cantidad?

¿Cada cuánto? Indicaciones, ¿Cuándo la comenzó a tomar? ¿Toma medicinas sin receta?

¿Toma medicinas de la curandera, la yerbería, la botica? ¿Padece de alergias o de enfermedades graves? ¿Ha tenido accidentes o lesiones serias?

¿Alguna vez lo han operado? ¿Cuándo? ¿Dónde? ¿Qué tipo de operación? ¿Quién lo operó? ¿Tuvo complicaciones?

¿Tuvo alguna enfermedad cuando era niño?

¿Alguna vez lo han internado en el hospital? ¿Cuándo? ¿Dónde? ¿Por qué? ¿Quién era su médico? ¿Qué tratamiento le recetaron?

Historia Familiar—Familiares cercanos. Edad, ¿Cómo están de salud?

Familiares cercanos que han muertos ¿Qué edad tenía cuando murió? ¿De qué murió?

¿Hay alguna enfermedad que afecta a los miembros de su familia?

Historia Social—¿Dónde nació? ¿Hasta que año fue a la escuela? ¿Dónde ha trabajado?

¿Está casado, soltero, divorciado, separado?, ¿Desde cuándo? ¿Le ha costado adaptarse?

Inmigrante. ¿En que año llegó a los Estados Unidos? ¿Por qué se vino? ¿Con quién vive? ¿Dónde está su familia?

Niños. ¿En qué trabajan sus padres?, ¿Dónde/Con quién vive? ¿Qué hace durante el día? ¿Qué hace

para divertirse? ¿Cuál es su situación económica?
¿Tiene seguro médico?

Conductas de Alto Riesgo—Trabajo. En su trabajo, ¿Está expuesto a riesgos, químicos peligrosos, solventes o polvos? ¿Otros riesgos que desea mencionar?

Alimentación. ¿Cuántas veces al día come? ¿Qué come durante el desayuno, almuerzo y cena? ¿Qué come entre las comidas? ¿Alguna vez ha comido en secreto?

Tabaco. ¿Fuma cigarrillos? ¿Usa tabaco de mascar? ¿Cuántos cigarrillos o paquetes por día/ por semana? ¿Desde hace cuánto tiempo fuma o masca tabaco?

Alcohol. ¿Toma licor? ¿Cuántos tragos o cervezas por día/ por semana? ¿Desde hace cuánto tiempo?

CAGE. ¿Ha sentido que debía tomar menos licor? ¿Se ha enojado porque lo criticaron por tomar? ¿Se ha sentido culpable por tomar? ¿Ha tomado licor por la mañana para calmar los nervios o quitarse la cruda (goma)?

Drogas ilegales. ¿Usa drogas? ¿Alguna vez ha compartido jeringas con drogas intravenosas? ¿Ha usado medicinas de la farmacia para drogarse?

Sexo. ¿Tiene relaciones sexuales con frecuencia? ¿Tiene relaciones sexuales sin protección o que

lo pueden poner a riesgo de una enfermedad de transmisión sexual?

Violencia/Maltrato. ¿Tiene armas de fuego? ¿Alguna vez lo han maltratado física o emocionalmente? ¿Alguna vez lo han golpeado en un asalto o pelea?

Medicina Preventiva—¿Cómo duerme? ¿Ha perdido o ganado peso? - ¿Cuál es su peso normal? ¿Hace ejercicio regularmente? ¿Qué tipo de ejercicio? ¿Con qué frecuencia?

¿Cuándo fue la última vez que le hicieron un: examen de los senos, un mamograma, un examen vaginal o Papanicolau, un examen de la próstata, una colonoscopia, un examen de colesterol, un examen de los testículos?

¿Toma aspirina preventiva? ¿Tiene todas las vacunas? ¿Usa cinturón de seguridad en el auto? ¿Usa casco de protección cuando maneja bicicleta o motocicleta? ¿Usa equipo de protección en el trabajo?

¿Padece de tensión emocional o estrés? ¿Alguien ha muerto recientemente? ¿Toma tratamiento para prevenir la osteoporosis?



THE UNIVERSITY
OF ARIZONA

DIVERSITY & INCLUSION
COLLEGE OF MEDICINE

Copyrighted © 2014 The University of Arizona
College of Medicine, Office of Diversity and Inclusion

Revisión de Sistemas

General. ¿Ha tenido fiebre, escalofríos, sudoración, cambio de peso? ¿Ha tenido cambios en el apetito?

Anciano o Discapacitado. ¿Qué actividades realiza durante el día? (como bañarse, vestirse, caminar, comer, trabajar, etc.)/ Escala IADL ¿Contesta el teléfono? ¿Prepara su comida? ¿Arregla la casa? ¿Compra su propia comida/ropa? etc.

Piel. ¿Tiene problemas de la piel como sarpullido, comezón, úlceras, cambios en el cabello, las uñas?

Hematopoyético. ¿Ha tenido moretones, sangrado en las encías, sangrado excesivo o hemorragia, anemia?

Cabeza, Oídos, Ojos, Nariz, Garganta. ¿Tiene dolor de cabeza con frecuencia? ¿Ha tenido golpes o heridas en la cabeza? ¿Tiene problemas con la vista? ¿Usa anteojos, lentes de contacto? ¿Ha visto doble o lucecitas? ¿Ha tenido dolor de ojo?

¿Ha escuchado zumbidos o timbres en el oído? ¿Se mareo con frecuencia? ¿Tiene dolor o secreción (desecho) por el oído? ¿Toma medicinas sin receta?

¿Ha tenido sangrado por la nariz, pérdida del olfato, secreción, congestión (está mormado)?

¿Tiene dolor de los dientes, lengua, úlceras en la boca? ¿Con qué frecuencia tiene infecciones de la garganta, o la voz ronca? ¿Tiene las anginas (glándulas) inflamadas, inflamación del cuello?

Respiratorio. Tiene tos, o problemas de los pulmones? ¿Ha tenido tos con sangre, flemas, dificultad para respirar (falta de aire), sibilancias, dolor al inspirar?

Cardiovascular. ¿Tiene presión alta, soplos en el corazón, malestar del pecho? ¿Tiene palpitaciones, dificultad para respirar en la noche, hinchazón de los pies, dolor de piernas? ¿Alguna vez ha tenido inflamación de las venas (flebitis)?

Gastrointestinal. ¿Tiene problemas de la digestión, falta de apetito, dificultad para tragar, agruras o acidez (ardor en la boca del estómago)? ¿Tiene náuseas, vómito, diarrea o estreñimiento? ¿Ha tenido vómito con sangre, dolor abdominal, cólicos o retortijones? ¿Ha tenido la piel color amarilla (ictericia)?

Urinario. ¿Ha tenido problemas con los riñones/ la vejiga? ¿Orina con más frecuencia? ¿Se levanta a orinar en la noche? ¿Tiene ardor/dolor al orinar? ¿Le cuesta comenzar a orinar? ¿Ha orinado con sangre? ¿Tiene dolor de espalda o en el costado? ¿Se orina al estornudar, reírse, o cuando hace un esfuerzo?

Genitales (mujer). ¿Cuándo tuvo la primera regla? ¿Cuántas veces ha estado embarazada? ¿Ha tenido pérdidas o abortos?

Menstruación/regla. ¿Cuándo tuvo la última regla? ¿Ha tenido problemas con la regla? ¿Tiene relaciones sexuales? ¿Usa algún método para evitar el embarazo? ¿Ha tenido enfermedades de transmisión sexual? ¿Ha tenido problemas para tener relaciones sexuales? ¿Prefiere tener relaciones sexuales con hombres o con mujeres?

Genitales (hombre o varón). ¿Ha tenido úlceras o llagas en los genitales? ¿Ha tenido desecho o secreción por los genitales? ¿Tiene dolor o tumores en el testículo? ¿Ha tenido enfermedades venéreas? ¿Ha tenido problemas para tener relaciones sexuales? ¿Prefiere tener relaciones sexuales con hombres o con mujeres?

Endocrino. ¿Ha tenido problemas con la tiroides? ¿Ha tenido bocio (agrandamiento de la glándula tiroides)? ¿Ha notado que sus ojos han crecido? ¿Tiene temblor en las manos? ¿Tiene diabetes? ¿Le da mucha sed? ¿Orina mucha cantidad? ¿Le han cambiado las facciones de la cara o el tamaño de las manos o los pies?

Músculo-esquelético. ¿Ha tenido problemas de las articulaciones, músculos o espalda? ¿Tiene limitación para mover alguna articulación? ¿Alguna vez ha tenido fracturas o lesiones de las articulaciones?

Neurológico. ¿Ha tenido mareos, desmayos, convulsiones o vértigo? ¿Ha tenido debilidad, temblor o sensaciones extrañas (hormigueo, quemazón) en las piernas o los brazos?

Psiquiátrico. ¿Alguna vez ha sufrido de depresión, agitación o confusión? ¿Alguna vez ha sufrido de insomnio (dificultad para dormir)? ¿Alguna vez ha tenido problemas con la memoria? ¿Alguna vez ha tenido problemas de personalidad o alucinaciones?



DIVERSITY & INCLUSION
COLLEGE OF MEDICINE

Copyrighted © 2014 The University of Arizona
College of Medicine, Office of Diversity and Inclusion