



HISTORIA MÉDICA Y EXAMEN FÍSICO

Para usar con forma DS-2053

Apellidos y Nombres: _____ Fecha del examen (mm-dd-aaaa): _____
 Fecha de nacimiento (mm-dd-aaaa): _____ Nro de Pasap: _____ Nro de Caso: _____
 Edad: _____ Zona de resid.: _____ Tel. fijo: _____ Celular: _____ Fecha Cita Embaj: _____

Historia Médica Pasada: Indique condiciones que requieren medicación u otros tratamientos rellenando el cuadro correspondiente a su respuesta y suministre detalles:

| No Si General | No Si |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Alguna vez ha sido hospitalizado ya sea por enfermedad, cirugía o accidente? Cardiología: Tiene o ha tenido Ud.?: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hipertensión arterial (presión arterial alta)? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Arritmias cardiacas? Pulmones <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fuma o ha sido fumador de cigarrillo? Actualmente fumador? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tiene o ha tenido Asma? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tiene o ha tenido Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (Enfisema)? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tiene o ha tenido tuberculosis (TB)? Si tuvo, fue tratada? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Actualmente tiene síntomas? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Neurología y psiquiatría <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ha tenido ACV con incapacidad actual? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ha tenido o tiene convulsiones? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ha tenido o tiene problemas de aprendizaje, inteligencia, cuidado personal, memoria o comunicación? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ha tenido o tiene Enfermedad mental (depresión severa, desorden bipolar, esquizofrenia o retardo mental)? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Uso de drogas diferentes de aquellas requeridas por razones médicas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ha tenido o tiene Adicción o ha abusado de sustancias como anfetaminas, marihuana, cocaína, alucinógenos, inhalantes, opioides, sedantes hipnóticos y ansiolíticos? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ha tenido o tienes otros abusos (incluyendo adicción o abuso al alcohol) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Alguna vez ha intentado quitarse la vida? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Alguna vez ha causado daño físico serio a otra persona, ha causado daños a la propiedad privada o publica, o ha tenido problemas con la ley/policia por causa de una enfermedad física, enfermedad mental, o por influencia de alcohol o drogas? Obstetricia y enfermedades de transmisión sexual? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Esta embarazada? Fecha de la ultima regla? (responder solo si esta embarazada mm-dd-aaa) _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ha tenido alguna enfermedad de transmisión sexual? (sífilis, gonorrea, clamidia, herpes genital, HPV u otra)? Especifique: _____ Endocrinología y hematología <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ha tenido o tiene Diabetes mellitus? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ha tenido o tiene enfermedades de la tiroides? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ha tenido o tiene malaria o paludismo? Otras <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ha tenido o tiene Cáncer? Cual? _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ha tenido o tiene enfermedad CRÓNICA del riñón? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ha tenido o tiene hepatitis CRÓNICA u otra enfermedad CRÓNICA del hígado? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ha tenido o tiene Lepra? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Multibacilar <input type="checkbox"/> Paucibacilar Ha sido tratada? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tiene Usted alguna discapacidad visible (incluyendo pérdida de brazos o piernas)? Especifique: _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ha tenido o tiene alguna otra enfermedad que requiera de tratamiento? Especifique: _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ha tenido Ud. Varicela o Lechina? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tiene Usted actualmente tos, fiebre, pérdida de peso, malestar general o anemia?. |

Examen físico (NO RELLENE A PARTIR DE ESTE PUNTO: PARA SER LLENADO POR EL MÉDICO)

Altura: _____ cm Peso: _____ Kg Agudeza visual a 20pies Sin corregir: OI: 20/ _____ OR: 20/ _____
 PA: _____ / _____ mmHg FC: _____ /min FR: _____ /min Corregida: OI: 20/ _____ OR: 20/ _____

Hallazgos del examen físico: N= Normal; A= Anormal; NR= No realizado

| N A NR | N A NR |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Apariencia general y estado nutricional <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Oído y orejas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ojos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nariz, boca y garganta (incluyendo dientes) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Corazón (R1, R2, soplos, frotos) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mamas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pulmones <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Abdomen (incluyendo hígado y bazo) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Genitales (incluyendo circuncisión, infecciones) | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Región inguinal (incluyendo adenopatías) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Extremidades (incluyendo pulsos, edema) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sistema musculoesquelético (incluyendo marcha) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Piel (incluyendo hipopigmentación, anestesia, lesiones autoinfligidas o inyecciones) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ganglios linfáticos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sistema nervioso (incluyendo agrandamiento de nervios) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Estado mental (incluyendo humor, inteligencia, percepción, procesos del pensamiento y comportamiento durante el examen) |

Observaciones: _____ **VACUNAS:** ADACEL MMR
 _____ HEPAT A HEPAT B
 _____ MENINGOC VARICELA
 _____ NEUMOCOC INFLUENZA