



1601 Park Center Drive Suite 13
Orlando, FL 32835
Phone: 407-431-6499

INFORMACION GENERAL

Nombre _____ Nombre de preferencia _____

Edad _____ Fecha de Nacimiento _____ Lugar de Nacimiento _____

Genero: Femenino _____ Masculino _____

Casado _____ Separado _____ Divorciado _____ Viudo _____ Soltero _____ Unión libre _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Telf Casa _____ Celular _____ Telf. Trabajo _____

Email: _____

Ocupación _____ Naturaleza del Negocio _____

Médico Primario _____

Medico Referido, si hay _____

Cómo eschuo de nuestra clinica? Libro _____ Website _____ Amigo/Miembro familia _____

Otro _____

Antecedente genético. Favor marque la(s) apropiada(s):

Africano Americano	Hispanico	Mediterráneo	Asiático
Nativo Americano	Caucásico	Europeo del Norte	Otro

Contacto de Emergencia _____ Número del Telf. _____

Dirección de cobro _____



1601 Park Center Drive Suite 13
Orlando, FL 32835
Phone: 407-431-6499

HISTORIA MEDICA

1-Razón de la visita al doctor hoy

2- Cuando fué la primera vez que ud. notó este problema?

3- Ud. fuma? Si ___ No ___ Hace cuánto tiempo? _____

4- Favor indique si ud. ha sido vacunado por lo siguiente:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sarampión | <input type="checkbox"/> Paperas |
| <input type="checkbox"/> Tetano | <input type="checkbox"/> Rubiola Roseola |
| <input type="checkbox"/> Difteria | <input type="checkbox"/> Rubella (Rubiola Alemana) |
| <input type="checkbox"/> Pertussis | <input type="checkbox"/> Fiebre Tifoidea |
| <input type="checkbox"/> Polio (oral) | <input type="checkbox"/> Cólera |
| <input type="checkbox"/> Polio (Inyección) | |

5- Ha sido ud. Diagnosticado por alguno de los siguientes?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Enfermedades del corazón |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Presión alta |
| <input type="checkbox"/> Bronquitis | <input type="checkbox"/> Enfermedades del hígado |
| <input type="checkbox"/> Cancer** | <input type="checkbox"/> Neumonía |
| <input type="checkbox"/> Colitis | <input type="checkbox"/> Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Sinusitis |
| <input type="checkbox"/> Diverticulosis | <input type="checkbox"/> Ulceras del estómago |
| <input type="checkbox"/> Enfisema | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Tiroides |

Otros _____

** Especifique _____



1601 Park Center Drive Suite 13
Orlando, FL 32835
Phone: 407-431-6499

HISTORIA PRENATAL

Embarazos _____ Cesárea _____
Partos naturales _____ Abortos _____
Número de hijos vivos _____ Pérdidas _____

Edad cuando tuvo el 1er periodo? _____
Frecuencia menstrual _____ Por cuanto tiempo? _____

Ultimo período _____

Método contraceptivo _____

Reemplazo Hormonal _____

Ultimo Mamograma _____

Ultimo Papanicolau _____

Ultimo Scan de densidad de huesos _____

Menopausia _____

REVIEW SYSTEMS

GENERAL

- Fiebre
- Escalofríos
- Dolores
- Debilidad
- Dificultad para sudar
- Sudor excesivo
- Glándulas inflamadas
- Manos y pies fríos
- Fatiga
- Dificultad para dormir
- Sonámbulo
- Pesadillas
- No recuerda los sueños
- Se levanta temprano
- Sueño de día
- Visión distorsionada

PIEL:

- Heridas sanan despacio
- Hematomas facilmente
- Erupción
- Pigmentación
- Lunares con modificaciones
- Callos
- Eczema
- Psoriasis
- Resequedad
- Grasoso
- Picor
- Acné
- Furunculo
- Ampollas
- Hongos en uñas
- Descamación
- Piel agrietada
- Varicela
- Uñas quebradizas
- Puntos blancos/ Lineas en uñas
- Sensación de hormigueo
- Quemazón en fondo del pie
- Pie de atleta

CABEZA:

- Concentración pobre
- Confusión
- Dolores de cabeza:
- Después de comidas
- Severo
- Migraña
- Frontal
- En la tarde
- Occipital
- Durante el día
- Calmada por:
- Comiendo dulces
- Concusión/SDLatigazo
- Lentitud Mental
- Olvidadizo
- Indeciso
- Tick nervioso
- Dificultad para recordar
- Pérdida de cabello

OJOS:

- Arena en ojos
- Visión doble
- Visión borrosa
- Visión nocturna pobre
- Centelleo
- Nube alrededor de luces
- Dolor en ojos
- Ojeras
- Irritación por luz fuerte
- Cataratas
- Escotomas
- Alucinaciones visuales



1601 Park Center Drive Suite 13
Orlando, FL 32835
Phone: 407-431-6499

NARIZ/SINOSITIS

- Tapada
- Sangrando
- Goteo
- Secreción
- Moqueo constante
- Congestionado
- Infección
- Polipos
- Hipersensibilidad olfatoria
- Drenado
- Estornudo continuo
- Goteo Post nasal
- Sin sensación de olor

El cambio de estación hace que sus síntomas empeoren?
Si/No

Si sí, es peor en:

- Primavera
- Verano
- Otoño
- Invierno

BOCA:

- Capa superficial de la Lengua
- Lengua adolorida
- Problemas de dientes
- Encías sangrantes
- Aftas
- Art. Maxilo-facial
- Labios agrietados/ comisura
- Labios agrietados
- Ampollas de fiebre
- Usa dentadura postiza
- Rechina los dientes cuando duerme
- Mal aliento
- Boca seca

GARGANTA:

- Moco
- Dificultad al tragar
- Carraspera frecuente
- Amigdalitis
- Glándulas inflamadas
- Constante aclaramiento de garganta
- Garganta se cierra

OIDOS:

- Dolores
- Secreción/Conjuntivitis
- Tinitus
- Sordera
- Picor
- Presión
- Usa aparatos de oídos
- Infecciones frecuentes
- Tubos en oídos
- Sensible a ruido fuerte
- Alucinaciones auditivas

CUELLO:

- Tortícolis
- Inflamación
- Nódulos
- Glándulas del cuello inflamadas



1601 Park Center Drive Suite 13
Orlando, FL 32835
Phone: 407-431-6499

GASTROINTESTINAL/DIGESTION

- Ulcera Duodenal
- Poco Apetito
- Apetito excesivo
- Piedras
- Dolor de vesícula
- Estómago nervioso
- Se siente lleno después de comida
- Indigestión
- Acidez
- Hiatal Hernia
- Nausea
- Vómito
- Vomita sangre
- Dolores Abdominales/Calambres
- Gas
- Diarrea
- Constipación
- Cambios en peristaltismo
- Sangramiento Rectal
- Sangre en heces (Melena)
- Picor Rectal
- Usa laxativos
- Distensión abdominal
- Eructa frecuentemente
- Picor Anal
- Fisura Anal
- Sangre en heces
- Comida no digerida en heces

RIÑÓN/TRACTO URINARIO:

- Sensación de quemadura
- Orina frecuentemente
- Sangre en orina
- Orina en la noche
- Problemas en el pase de orina
- Dolor de riñón
- Piedras en riñón
- Orina con dolor
- Infección en vejiga
- Infección en Riñón
- Sífilis
- Orina en la cama
- Tiene tricomonas

CIRCULACION/RESPIRACION:

- Tobillos inflamados
- Sensible al calor
- Sensible al frío
- Extremidades frías
- Manos/Pies dormidos
- Alta presión sanguínea
- Dolor en el pecho
- Dolor entre los hombros
- Mareo cuando se levanta
- Desmayos
- Colesterol alto
- Triglicéridos alto
- Sibilante
- Arritmia
- Palpitaciones
- Tolerancia baja al ejercicio
- Tos frecuente
- Respiración pesada
- Suspiro Frecuente
- Dificultad para respirar
- Sudoración nocturna
- Venas Varicosas
- Prolapso de válvula Mitral
- Murmurio
- Galope
- Corazón engrandecido
- Dolor de Angina
- Bronquitis/Neumonía
- Enfisema
- Laringitis
- Resfriados frecuentes
- Pecho pesado/apretado
- Ataque al corazón? Cuando _____
- Flebitis
- Capilares



1601 Park Center Drive Suite 13
Orlando, FL 32835
Phone: 407-431-6499

ARTICULACIONES/MUSCULOS/TENDONES

- Dolor me despierta
- Debilidad en piernas y brazos
- Problemas de Balance
- Calambre muscular
- Lesión en la cabeza
- Espasmo muscular en la mañana
- Clima húmedo le molesta

EMOCIONAL

- Convulsiones
- Mareos
- Desmayos
- Pérdida de consciencia
- Amnesia
- Tuvo terapia de shock
- Frequently keyed up and jittery
- Temblores
- Alterado por ruidos repentinos
- Frecuentement asustado repentinamente
- Se altera con facilidad
- Olvidadizo
- Sensible
- Perdido en el tiempo
- Tuvo episodio nervioso
- Lloro con frecuencia
- Mareado
- No se puede concentrar
- Período de atención corto
- Cambios en visión
- Ha sobreusado drogas
- Considerado un persona nerviosa
- Se preocupa por cosas insignificantes
- Ansiedad
- Ha sido adicto a drogas
- Frustración
- Adormecido
- Suda frío a menudo
- Suda en cantidad
- Deprimido
- Ha sido admitido para cuidado siquiátrico
- Despierta a menudo por pesadillas
- Miembro de la familia ha tenido episodio nervioso
- Usa tranquilizantes
- Agresivo
- No entendido por los demas
- Irritable
- Rabia explosiva facilmente
- Sentimiento de hostilidad
- Fatiga
- Hiperactivo
- Síndrome de piernas cansadas
- Considerado torpe
- Incapaz de coordinar músculos
- Tiene dificultad para dormir
- Tiene dificultad para mantenerse dormido
- Adormecido durante el día

HISTORIA DE MUJER



1601 Park Center Drive Suite 13
Orlando, FL 32835
Phone: 407-431-6499

- Senos Fibrocísticos
- Nódulos en los senos
- Tumores Fibrosos/Senos
- Sangramiento leve
- Metrorragia
- Tumores Fibrosos/Utero
- Períodos dolorosos
- Períodos irregulares
- Dolor de senos antes el período
- Endometriosis
- Sangramiento sin período
- Dolor de senos durante el período
- Resequedad Vaginal
- Secreción Vaginal
- Histerectomía parcial/total
- Vaporones
- Problemas de Concentración/Memoria
- Cáncer de seno
- Quistes de Ovario
- Embarazo
- Infertilidad
- Líbido disminuido
- Sangramiento abundante
- Dolor de articulaciones
- Dolores de cabeza
- Aumento de peso
- Pérdida de control en la orina
- Palpitaciones

HISTORIA DEL HOMBRE

Se ha hecho ud. la prueba de Antígeno prostático Específico?

Si _____ No _____

Nivel:

- 0 – 2
- 2 – 4
- 4 – 10
- >10
- Engrandecimiento de Próstata
- Infección de Próstata
- Cambio en libido
- Impotencia
- Disminución de libido
- Bajo nivel de Libido
- Infertilidad
- Nódulos en testiculos
- Dolor en el pene
- Dolor Genital
- Hernia
- Cáncer de Próstata
- Conteo bajo de esperma
- Dificultad obteniendo erección
- Dificultad manteniendo erección
- Nocturia (orinar durante la noche)
- Cuántas veces en la noche?
- Urgencia/Inconsistencia/Cambio en sistema urinario
- Pérdida de control de orina
- Soy un trabajador compulsivo
- He considerado suicidio



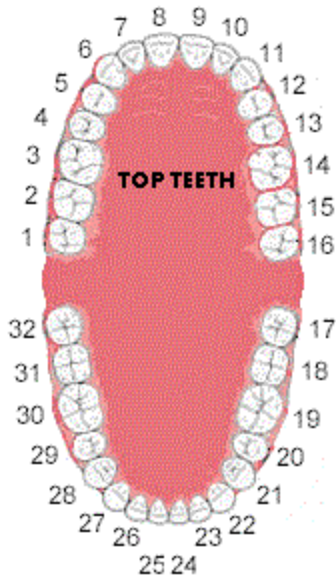
HISTORIA DENTAL

- Ha tenido dolor de encías a menudo a través de los años? Si ___ No ___
- Tiene ud. Un timbre en los oídos (tinnitus)? Si ___ No ___
- La articulación temporomandibular ha sido un problema para ud? Si ___ No ___
- Tiene ud. frecuentemente sabor metálico en la boca? Si ___ No ___
- Tiene ud. muy mal aliento o la lengua blanca? Si ___ No ___
- Ha usado o tiene ud. frenillos dentales? Si ___ No ___
- Tiene ud. Problemas masticando? Si ___ No ___
- Usa ud. Hilo dental regularmente? Si ___ No ___
- Su madre tenía amalgamas antes de su nacimiento? Si ___ No ___
- Le aplicaron amalgamas cuando niño? Si ___ No ___
- Si contestó si, cuántas amalgamas le fueron aplicadas antes de los 18 años? _____
- Le aplicaron amalgamas cuando adulto? Si ___ No ___
- Si contestó si, cuántas amalgamas le fueron aplicadas después de los 18 años? _____
- Cuántas amalgamas de metal tiene ahora? _____
- Ha ud. jugado con Mercurio cuando niño o adulto? Si ___ No ___
- Ha ud. comido cantidades de pescado en su vida? Si ___ No ___

Liste edad aproximada y el tipo de trabajo dental desde la niñez hasta el presente:

Edad	Describa trabajo dental	Problemas de salud luego de trabajo dental? (Describa)

Favor haga un círculo en el diente o dientes en los que ha tenido o todavía tiene problemas. Favor indique el tiempo de problema, por ejemplo: tratamiento de conducto, coronas, absceso he indique que dientes tienen amalgamas.



ESCRIBA RESPUESTAS:

LADO DERECHO



1601 Park Center Drive Suite 13
 Orlando, FL 32835
 Phone: 407-431-6499

MEDICAMENTOS Y SUPLEMENTOS

USO DE ANTIBIOTICOS

Antibióticos: Con qué frecuencia ud. ha tomado antibióticos?

	< 5 veces	> 5 veces
Infancia/Niñez		
Pubertad		
Adultez		

USO DE ESTEROIDES

Esteroides Orales: Con qué frecuencia ud. ha tomado esteroides orales (ejemplo:. Prednisone, Cortisone, etc.)?

	< 5 veces	> 5 veces
Infancia/Niñez		
Pubertad		
Adultez		



1601 Park Center Drive Suite 13
Orlando, FL 32835
Phone: 407-431-6499

HISTORIA DE SUPLEMENTOS

Suplementos: Liste todas las vitaminas, minerales y otros suplementos nutricionales

Suplementos Nombre/Marca	Dosis	Frecuencia	Fecha de inicio	Razón de uso

Alguna vez sus medicamentos o suplementos han causado problemas o efectos secundarios inusuales?

No ___ Si ___ Favor describa: _____



1601 Park Center Drive Suite 13
Orlando, FL 32835
Phone: 407-431-6499

ALERGIAS	
Medicamentos/Suplementos/Comidas	Reacción
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Médico Primario

Nombre, Dirección y Número de Telf:



1601 Park Center Drive Suite 13
Orlando, FL 32835
Phone: 407-431-6499

Notas de Visita Inicial

Nombre _____

Niñez

Pubertad

Adultez
