

MRN# \_\_\_\_\_

RANCHO MEMORY CLINIC  
RANCHO LOS AMIGOS REHABILITATION HOSPITAL

**Cuestionario de Historia de la Salud**

**FECHA:** \_\_\_\_\_

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_

**EDAD:** \_\_\_\_\_

**OCUPACIÓN:** \_\_\_\_\_

**EDUCACIÓN:** \_\_\_\_\_

**HANDEDNESS:** DERECHO \_\_\_\_\_ IZQUIERDA \_\_\_\_\_

**QUIEN LO REFIRO A NUESTRA CLINICA NEUROLOGÍA?**

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_

**DIRECCIÓN:** \_\_\_\_\_

**NÚMERO DE TELÉFONO:** \_\_\_\_\_

**MOTIVO DE LA CONSULTA:** (Describa la razón por la que está siendo visto. Si ha experimentado una lesión, por favor describa cómo pasó):

---

---

---

---

---

**HISTORIA MÉDICA PASADA:** (Describa cualquier problema médico que haya tenido en el pasado o actualmente tenga, y el año en que fueron diagnosticados):

---

---

---

---

---

**HISTORIAL DE CIRUGIAS:** (Por favor lista todas las cirugías que ha tenido en el pasado. Lista fecha apropiada, tipo de cirugía, nombre del hospital y el nombre del médico).

---

---

---

---

---



**NOMBRE DEL PACIENTE :**

**POR FAVOR MARQUE SI USTED HA TENIDO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES Y LAS FECHAS:**

	Fecha aproximada		Fecha aproximada		Fecha aproximada
<input type="checkbox"/>	Problemas del Corazón	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de la tiroides	<input type="checkbox"/>	Coágulos de sangre
<input type="checkbox"/>	Presión Alta	<input type="checkbox"/>	Migraña	<input type="checkbox"/>	Colesterol elevado
<input type="checkbox"/>	Asma	<input type="checkbox"/>	Hepatitis	<input type="checkbox"/>	Úlcera
<input type="checkbox"/>	Enfisema	<input type="checkbox"/>	Enfermedad del hígado	<input type="checkbox"/>	Colitis
<input type="checkbox"/>	Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de la vesicular biliar	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de huesos
<input type="checkbox"/>	Neumonía	<input type="checkbox"/>	Enfermedad del riñón	<input type="checkbox"/>	Dolor de espalda
<input type="checkbox"/>	Pleuritis	<input type="checkbox"/>	Piedras en el riñón	<input type="checkbox"/>	Dolor de cuello
<input type="checkbox"/>	Otros problemas pulmonares	<input type="checkbox"/>	Gota	<input type="checkbox"/>	Problema de los ojos
<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	Artritis	<input type="checkbox"/>	Problema del oído
<input type="checkbox"/>	Transfusión de sangre	<input type="checkbox"/>	Enfermedad Mental	<input type="checkbox"/>	Enfermedad venérea
<input type="checkbox"/>	Cáncer	<input type="checkbox"/>	Enfermedad Tropical		

**REVISION DEL SISTEMA**

<input type="checkbox"/>	<b>GENERAL</b>	<input type="checkbox"/>	Sequedad	<input type="checkbox"/>	Pies o piernas hinchadas	<input type="checkbox"/>	Secreción del pene de la vagina
<input type="checkbox"/>	Aumento de peso reciente/cantidad	<input type="checkbox"/>	Se siente como algo en ojo	<input type="checkbox"/>	Presión arterial alta	<input type="checkbox"/>	Ganas frecuentes de orinar
<input type="checkbox"/>	Pérdida de peso reciente/cantidad	<input type="checkbox"/>	Enrojecimiento	<input type="checkbox"/>	Soplos cardíacos	<input type="checkbox"/>	Levantarse por la noche pasar orina
<input type="checkbox"/>	Fatiga			<input type="checkbox"/>	Tos	<input type="checkbox"/>	Sequedad vaginal
<input type="checkbox"/>	Debilidad		<b>Boca</b>	<input type="checkbox"/>	Transfusión de sangre	<input type="checkbox"/>	Erupción cutánea, úlceras
<input type="checkbox"/>	Fiebre	<input type="checkbox"/>	Dolor en la lengua	<input type="checkbox"/>	Sibilancias	<input type="checkbox"/>	Dificultades sexuales
		<input type="checkbox"/>	Sangrado de las encías	<input type="checkbox"/>	Sudores nocturnos	<input type="checkbox"/>	Problemas de próstata
	<b>SISTEMA NERVIOSO</b>	<input type="checkbox"/>	Dolor en la boca		<b>ESTÓMAGO &amp; INTESTINOS</b>		<b>PSICOLOGÍA</b>
<input type="checkbox"/>	Dolores de cabeza	<input type="checkbox"/>	Pérdida del gusto	<input type="checkbox"/>	Náuseas	<input type="checkbox"/>	Triste/deprimido
<input type="checkbox"/>	Mareo	<input type="checkbox"/>	Sequedad	<input type="checkbox"/>	Vómitos de sangre o de café	<input type="checkbox"/>	Feliz/ansiedad
<input type="checkbox"/>	Desmayo			<input type="checkbox"/>	material de tierra	<input type="checkbox"/>	Hábitos de comportamiento repetitivos
<input type="checkbox"/>	Espasmos musculares		<b>GARGANTA</b>		Relevado por el dolor de estómago		<b>SISTEMA ENDOCRINO</b>
<input type="checkbox"/>	Pérdida de la conciencia	<input type="checkbox"/>	Frecuentes dolor en la garganta	<input type="checkbox"/>	comida o con leche		Excesiva sed/hambre
<input type="checkbox"/>	Sensibilidad o dolor de manos o pies	<input type="checkbox"/>	Ronquera	<input type="checkbox"/>	Amarillo ictericia	<input type="checkbox"/>	Descarga de pezones
<input type="checkbox"/>	Cara de entumecimiento o hormigueo	<input type="checkbox"/>	Dificultad en la Pasar saliba	<input type="checkbox"/>	Estreñimiento que progresa		
<input type="checkbox"/>	Debilidad muscular		<b>CUELLO</b>	<input type="checkbox"/>	Diarrea persistente		
<input type="checkbox"/>	Sensibilidad muscular	<input type="checkbox"/>	Inflamación de los ganglios	<input type="checkbox"/>	Sangre en heces		<b>PIEL</b>
<input type="checkbox"/>	Dificultad para caminar	<input type="checkbox"/>	Glándulas sensibles	<input type="checkbox"/>	Heces negras	<input type="checkbox"/>	Moretones fácil/cantidad
	<b>Oídos</b>			<input type="checkbox"/>	Ardor de estómago	<input type="checkbox"/>	Enrojecimiento
<input type="checkbox"/>	Zumbido en oídos		<b>CORAZÓN y PULMONES</b>			<input type="checkbox"/>	Ronchas
<input type="checkbox"/>	Pérdida de la audición	<input type="checkbox"/>	Dolor en el pecho	<input type="checkbox"/>	<b>RIÑÓN, ORINA, VEJIGA</b>	<input type="checkbox"/>	Colmenas
		<input type="checkbox"/>	Latidos cardíacos irregulares	<input type="checkbox"/>	Dificultad para orinar	<input type="checkbox"/>	Sensible al sol
	<b>Ojos</b>	<input type="checkbox"/>	Cambios bruscos de latido del corazón	<input type="checkbox"/>	Dolor o picadura al orinar	<input type="checkbox"/>	apretada
<input type="checkbox"/>	Dolor	<input type="checkbox"/>	Dificultad para respirar	<input type="checkbox"/>	Sangre en la orina	<input type="checkbox"/>	Pérdida de cabello
<input type="checkbox"/>	Pérdida de la visión	<input type="checkbox"/>	Dificultad en la respiración por la noche	<input type="checkbox"/>	Orina turbia "ahumado"	<input type="checkbox"/>	Nódulos/golpes
<input type="checkbox"/>	Visión doble o borrosa	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Pus en la orina	<input type="checkbox"/>	Cambios de color de Mano, o los pies del frío

**ARTICULACIONES/  
HUESOS**

- Tiesura de la mañana  
¿Cuánto tiempo dura?  
Hrs \_\_\_\_Min
- Dolor en las articulaciones
- Hinchazón en las articulaciones

**SANGRE**

- Anemia
- Tendencia de la sangría

**NARIZ**

- Hemorragias nasales
- Pérdida del olfato
- Sequedad

**PESO**

- Sí  No Aumentado, disminuido  
O sigue siendo la misma  
En ¿los últimos 2 años?
- Sí  No

**I have reviewed and confirmed all the data mentioned on this page.**

\_\_\_\_\_  
Physician's name (Please Print)

\_\_\_\_\_  
Physician's Signature

\_\_\_\_\_  
Date

NOMBRE: \_\_\_\_\_

**HISTORIA FAMILIAR**

	Viviendo		Fallecido,	
	Edad:	Salud ( describir cualquier enfermedad grave )	Edad:	Causa
<b>Madre</b>	_____	_____	_____	_____
		_____		_____
<b>Padre</b>	_____	_____	_____	_____
		_____		_____
<b>Hermanas</b>	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____
<b>Hermanos</b>	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____
<b>Niños</b>	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____