

PETE GARCIA, M.D.
 BOARD CERTIFIED
 GENERAL, VASCULAR, AND LAPAROSCOPIC SURGERY

NOMBRE: _____ FECHA: _____

EDAD: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ SEXO: _____

QUEJA PRINCIPAL

SINTOMA

LOCALIZACION

DURACION

REVISION DE SISTEMAS SOLO MARQUE LAS QUE TIENES **AHORA** O AS TENIDO **RECIENTEMENTE**

GENERAL	PIEL	CABEZA/CUELLO	SENOS
<input type="checkbox"/> ESCALOFRIO	<input type="checkbox"/> MORETONES	<input type="checkbox"/> SANGRADO DE ENCIAS	<input type="checkbox"/> SECRECION
<input type="checkbox"/> DEBILIDAD	<input type="checkbox"/> PICAZON	<input type="checkbox"/> VISION BORROSA	<input type="checkbox"/> BULTO/MASA
<input type="checkbox"/> FATIGA	<input type="checkbox"/> CAMBIO EN LUNARES	<input type="checkbox"/> DIFICULTAD AL TRAGAR	<input type="checkbox"/> DOLOR
<input type="checkbox"/> PERDIDA DE PESO	<input type="checkbox"/> ERUPCION	<input type="checkbox"/> DOBLE VISION	<input type="checkbox"/> SANGRAMIENTO
<input type="checkbox"/> DESMAYO	<input type="checkbox"/> ULCERAS	<input type="checkbox"/> RONQUERA	<input type="checkbox"/> CAMBIO DEL PEZON
<input type="checkbox"/> SUDORES NOCTURNOS	<input type="checkbox"/> CICATRIZ	<input type="checkbox"/> SANGRAMIENTO NASAL	<input type="checkbox"/> CAMBIO DE PIEL
<input type="checkbox"/> GANGLIOS INFLAMADO	<input type="checkbox"/> SEQUEDAD	<input type="checkbox"/> TOS PERSISTENTE	<input type="checkbox"/> HINCHAZON
<input type="checkbox"/> ANEMIA		<input type="checkbox"/> BULTO/MASA	
		<input type="checkbox"/> DOLOR	

PULMONES	CORAZON	GASTROINTESTINAL	
<input type="checkbox"/> TOS	<input type="checkbox"/> MURMULLO	<input type="checkbox"/> DOLOR	<input type="checkbox"/> GAS
<input type="checkbox"/> SANGRAMIENTO	<input type="checkbox"/> PALPITACIONES	<input type="checkbox"/> NAUSEA	<input type="checkbox"/> ERUCTO
<input type="checkbox"/> FALTA DE AIRE	<input type="checkbox"/> DOLOR/PRESION DE PECHO	<input type="checkbox"/> VOMITO	<input type="checkbox"/> ACIDEZ
<input type="checkbox"/> SILBIDO	<input type="checkbox"/> LATIDO IRREGULAR	<input type="checkbox"/> FALTA DE APETITO	<input type="checkbox"/> HEMORROIDES
<input type="checkbox"/> DOLOR	<input type="checkbox"/> PRESION ALTA	<input type="checkbox"/> DISTENSION	<input type="checkbox"/> HERNIAS
<input type="checkbox"/> CONGESTION	<input type="checkbox"/> PRESION BAJA	<input type="checkbox"/> IRREGULARIDAD INTESTINAL	<input type="checkbox"/> INDIGESTION
<input type="checkbox"/> EXPOSICION DE INHALANTE		<input type="checkbox"/> ESTRENIMIENTO	<input type="checkbox"/> INTOLERANCIA DE ALIMENTOS
<input type="checkbox"/> FLEMA		<input type="checkbox"/> DIARREA	<input type="checkbox"/> SANGRAMIENTO RECTAL

GENITOURINARIO		VASCULAR	
<input type="checkbox"/> URGENCIA	<input type="checkbox"/> SECRECION	<input type="checkbox"/> VARICES	<input type="checkbox"/> PIERNAS PESADA/CANSADA
<input type="checkbox"/> INCONTINENCIA	<input type="checkbox"/> LLAGA	<input type="checkbox"/> HINCHAZON/EDEMA	<input type="checkbox"/> PERDIDA DE PELO
<input type="checkbox"/> PUJAR	<input type="checkbox"/> PROBLEMAS DE ERECCION	<input type="checkbox"/> DOLOR	<input type="checkbox"/> UNAS ATROFICAS
<input type="checkbox"/> CALCULO	<input type="checkbox"/> BULTO/MASA	<input type="checkbox"/> PICAZON	<input type="checkbox"/> ENTUMECIMIENTO/HORMIGEO
<input type="checkbox"/> ARDENTIA	<input type="checkbox"/> CHORRO PEQUENO	<input type="checkbox"/> CAMBIO DE COLOR	<input type="checkbox"/> ARDENTIA
<input type="checkbox"/> SANGRE EN ORINA		<input type="checkbox"/> DERMATITIS/ECZEMA	<input type="checkbox"/> DOLOR AL CAMINAR
		<input type="checkbox"/> ULCERACION	<input type="checkbox"/> DOLOR EN DESCANSO
		<input type="checkbox"/> FLEBITIS SUPERFICIAL	<input type="checkbox"/> CALAMBRE
		<input type="checkbox"/> FLEBITIS PROFUNDA	

NEUROLOGICA		PSIQUIATRICO	
<input type="checkbox"/> CONVULSIONES	<input type="checkbox"/> PERDIDA DE FUERZA	<input type="checkbox"/> DEPRESION	<input type="checkbox"/> TIMIDO
<input type="checkbox"/> VERTIGO	<input type="checkbox"/> PARALISIS	<input type="checkbox"/> IRRITABLE	<input type="checkbox"/> PENSAMIENTOS SUICIDAS
<input type="checkbox"/> TEMBLORES	<input type="checkbox"/> DIFICULTAD DEL HABLA	<input type="checkbox"/> ANSIEDAD	<input type="checkbox"/> PREOCUPACION EXTREMA
<input type="checkbox"/> INCOORDINACION	<input type="checkbox"/> HORMIGUEO/ENTUMECIMIENTO	<input type="checkbox"/> ALUCINACION	<input type="checkbox"/> PROBLEMAS SEXUALES
<input type="checkbox"/> MAREO	<input type="checkbox"/> PERDIDA DE MEMORIA	<input type="checkbox"/> INSEGURIDAD	<input type="checkbox"/> INSOMNIO

NOMBRE: _____

GINECOLOGIA

<input type="checkbox"/> MANCHA	ANTICONCEPTIVO/TIPO	FLUJO MENSTRUAL
<input type="checkbox"/> DOLORS MENSTRUALES	EDAD DE PRIMER PERIODO	<input type="checkbox"/> DENSO <input type="checkbox"/> MODERADO <input type="checkbox"/> LIGERO
<input type="checkbox"/> SECRECION	EDAD DE MENOPAUSIA	
<input type="checkbox"/> PICAZON	DURACION DEL CICLO	ULTIMO PERIODO ____/____/____
<input type="checkbox"/> COITO DOLOROSO	DURACION DEL FLUJO	
<input type="checkbox"/> PERIODOS IRREGULARES	# DE EMBARAZOS	ULTIMO PAPANICOLAOU ____/____/____
<input type="checkbox"/> OLEADAS DE CALOR	# DE NACIMIENTOS	
<input type="checkbox"/> DOLOR ENTRE PERIODOS	# DE ABORTOS	ULTIMA MAMOGRAFIA ____/____/____

HISTORIAL MEDICO PASADO SOLO MARQUE LAS QUE HAS TENIDO EN EL PASADO

SALUD GENERAL PASADA: EXCELENTE BUENA RAZONABLE MALA

<input type="checkbox"/> FIEBRE DE HENO	<input type="checkbox"/> SINUSITIS	<input type="checkbox"/> ANGINA/DOLOR DE PECHO	<input type="checkbox"/> COLITIS	<input type="checkbox"/> ARTRITIS
<input type="checkbox"/> PAPERAS	<input type="checkbox"/> BOCIO	<input type="checkbox"/> MURMULLO DE CORAZON	<input type="checkbox"/> ENFERMEDAD DE CROHN'S	<input type="checkbox"/> GOTA
<input type="checkbox"/> SARAMPION	<input type="checkbox"/> PROBLEMAS DE SENOS	<input type="checkbox"/> PROBLEMAS DE CORAZON	<input type="checkbox"/> POLIPOS	<input type="checkbox"/> MIGRANA
<input type="checkbox"/> FIEBRE REUMATICA	<input type="checkbox"/> ASMA	<input type="checkbox"/> COLESTEROL ALTO	<input type="checkbox"/> INFECCIONES RENALES	<input type="checkbox"/> EPILEPSIA
<input type="checkbox"/> ALERGIAS	<input type="checkbox"/> BRONQUITIS	<input type="checkbox"/> DERRAME CEREBRAL	<input type="checkbox"/> CALCULO RENAL	<input type="checkbox"/> PARALISIS
<input type="checkbox"/> ANEMIA	<input type="checkbox"/> PLEURESIA	<input type="checkbox"/> ULCERA	<input type="checkbox"/> PROBLEMAS DE VEJIGA	<input type="checkbox"/> POLIO
<input type="checkbox"/> CANCER	<input type="checkbox"/> NEUMONIA	<input type="checkbox"/> ICTERICIA	<input type="checkbox"/> DIABETES	<input type="checkbox"/> ENFERMEDAD MENTAL
<input type="checkbox"/> TUMOR	<input type="checkbox"/> TUBERCULOSIS	<input type="checkbox"/> CALCULO BILIAR	<input type="checkbox"/> SIFILIS	<input type="checkbox"/> ALCOHOLISMO
<input type="checkbox"/> ENFERMEDAD DE SANGRE	<input type="checkbox"/> ENFISEMA	<input type="checkbox"/> PANCREATITIS	<input type="checkbox"/> GONORREA	<input type="checkbox"/> DEPRESION
<input type="checkbox"/> LEUCEMIA	<input type="checkbox"/> EMBOLIA PULMONAR	<input type="checkbox"/> PROBLEMAS DE HIGADO	<input type="checkbox"/> HIV/SIDA	<input type="checkbox"/> CRISIS NERVIOSA
<input type="checkbox"/> PROBLEMAS DE PIEL	<input type="checkbox"/> THROMBOFLEBITIS	<input type="checkbox"/> HEPATITIS	<input type="checkbox"/> PROBLEMAS SEXUAL	<input type="checkbox"/> OTRAS
<input type="checkbox"/> CATARATA	<input type="checkbox"/> VARICES	<input type="checkbox"/> PARASITOS	<input type="checkbox"/> PROBLEMAS DE PROSTATA	
<input type="checkbox"/> AMIGDALITIS	<input type="checkbox"/> HIPERTENSION	<input type="checkbox"/> DISENTERIA	<input type="checkbox"/> HEMORROIDES	

PAST SURGICAL HISTORY

<input type="checkbox"/> ANEURYSMA ABDOMINAL	<input type="checkbox"/> STENTS CARDIACO	<input type="checkbox"/> REEMPLAZO DE VALVULA	<input type="checkbox"/> CIRUGIA DE CUELLO
<input type="checkbox"/> HERNIA ABDOMINAL	<input type="checkbox"/> CIRUGIA DE CATARATA	<input type="checkbox"/> HEMORROIDECTOMIA	<input type="checkbox"/> CIRUGIA DE OVARIO
<input type="checkbox"/> ADRENALECTOMIA	<input type="checkbox"/> COLECISTECTOMIA	<input type="checkbox"/> REEMPLAZO DE CADERA	<input type="checkbox"/> MARCAPASOS/DESFIBRILADOR
<input type="checkbox"/> FISURA/ULCERA ANAL	<input type="checkbox"/> COLECTOMIA	<input type="checkbox"/> HISTERECTOMIA	<input type="checkbox"/> CIRUGIA DE PROSTATA
<input type="checkbox"/> APPENDECTOMIA	<input type="checkbox"/> CIRUGIA DE CORONARIA	<input type="checkbox"/> HERNIA INGUINAL	<input type="checkbox"/> ABSCESO RECTAL
<input type="checkbox"/> DERIVACION ARTERIAL-LEG	<input type="checkbox"/> DIALYSIS ACCESS	<input type="checkbox"/> CIRUGIA DE RODILLA	<input type="checkbox"/> TIROIDECTOMIA
<input type="checkbox"/> STENTS ARTERIAL-LEG	<input type="checkbox"/> DILATACION Y LEGRADO (D&C)	<input type="checkbox"/> LITOTRICA	<input type="checkbox"/> AMIGDALECTOMIA
<input type="checkbox"/> CIRUGIA DE ESPALDA	<input type="checkbox"/> CIRUGIA DE INTESTINO	<input type="checkbox"/> RESECCION PULMONAR	<input type="checkbox"/> LIGADURA DE TROMPAS
<input type="checkbox"/> CATETERIZACION CARDIACA	<input type="checkbox"/> CIRUGIA GASTRICA	<input type="checkbox"/> MASTECTOMIA	<input type="checkbox"/> HERNIA UMBILICAL

HOSPITALIZACIONES

FECHA

HOSPITAL

HOSPITALIZACIONES	FECHA	HOSPITAL

IMUNIZACIONES/VACUNAS

TIPO DE SANGRE

TRANSFUSIONES DE SANGRE

<input type="checkbox"/> DPT	<input type="checkbox"/> SARAMPION	<input type="checkbox"/> A+ <input type="checkbox"/> A-	# DE TRANSFUSIONES
<input type="checkbox"/> PAPERAS	<input type="checkbox"/> PNEUMOCOCCAL	<input type="checkbox"/> B+ <input type="checkbox"/> B-	FECHA(S)
<input type="checkbox"/> VIRUELA	<input type="checkbox"/> INFLUENZA	<input type="checkbox"/> AB+ <input type="checkbox"/> AB-	____/____/____
<input type="checkbox"/> TIFOIDEA	<input type="checkbox"/> POLIO	<input type="checkbox"/> O+ <input type="checkbox"/> O-	____/____/____
<input type="checkbox"/> TETANOS	<input type="checkbox"/> MMR		____/____/____

NOMBRE: _____

HISTORIA FAMILIAR

MARQUE LAS CASILLAS Y LLENE LOS ESPACIOS

FAMILIARES DE SANGRE	EDAD SI VIVEN	EDAD AL MORIR	CAUSA DE MUERTE	ESTADO DE SALUD	ENFERMEDADES
PADRE					
MADRE					
HERMANO(S)					
HERMANA(S)					
ABUELO MATERNO					
ABUELA MATERNA					
ABUELO PATERNO					
ABUELA PATERNA					

HISTORIA SOCIAL

MARQUE LAS CASILLAS Y LLENE LOS ESPACIOS

PESO	TRABAJO MENTAL	TRABAJO FISICO	EJERCICIO	NIVEL EDUCACIONAL
ACTUAL	<input type="checkbox"/> PESADO	<input type="checkbox"/> PESADO	<input type="checkbox"/> PESADO	<input type="checkbox"/> SECUNDARIA
HABITUAL	<input type="checkbox"/> MODERADO	<input type="checkbox"/> MODERADO	<input type="checkbox"/> MODERADO	<input type="checkbox"/> VOCACIONAL
MAXIMO	<input type="checkbox"/> LIGERO	<input type="checkbox"/> LIGERO	<input type="checkbox"/> LIGERO	<input type="checkbox"/> UNIVERSIDAD
MINIMO	# HORAS/DIA	# HORAS/DIA	# HORAS/SEMANA	<input type="checkbox"/> MASTERS/DOCTORADO

FUMAR	ALCOHOL	CAFEINA (CAFÉ,TE,COLA)	NUTRICION # DE PORCIONES/SEMANA	
<input type="checkbox"/> NUNCA	<input type="checkbox"/> CERVEZA CANTIDAD/SEMANA	COPAS POR DIA	<input type="checkbox"/> LECHE	<input type="checkbox"/> POLLO
<input type="checkbox"/> PREVIO	<input type="checkbox"/> LICOR CANTIDAD/SEMANA	# DE ANOS	<input type="checkbox"/> PRODUCTOS LACTEOS	<input type="checkbox"/> CEREAL
<input type="checkbox"/> ACTUAL	<input type="checkbox"/> VINO CANTIDAD/SEMANA		<input type="checkbox"/> HUEVOS	<input type="checkbox"/> PESCADO
# PAQUETES/DIA	ACTIVIDAD SEXUAL	DROGAS RECREATIVAS	<input type="checkbox"/> VEGETALES	<input type="checkbox"/> DULCES
# DE ANOS	<input type="checkbox"/> ACTIVO	# POR DIA	<input type="checkbox"/> FRUTAS	<input type="checkbox"/> CARNE
	<input type="checkbox"/> INACTIVO	# DE ANOS	<input type="checkbox"/> PANES	<input type="checkbox"/> CERDO

MEDICAMENTOS

NOBRE	DOSIS	CON QUE FRECUENCIA?	RAZON PARA EL MEDICAMENTO?

ALERGIAS

MEDICAMENTOS	REACCION
TIENE ALERGIA AL LATEX?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO