

SPANISH PHYSICAL

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

*General*

Nivel de Energia:    Bajo    Moderado    Alto    \_\_\_\_\_

Cambio de Peso en los ultimo 3 a 6 meses:    Pedio    Sin Cambio    Subio

Duerme:    Bien    Mal

*HEENT*

Ojos:    Anteojos/Contactos    Glaucoma    Catarata    Otro

Ultimo Examen : \_\_\_\_\_

Oidos:    Falta ds Oir    Sonido en los Oidos    Otro

Sintomas de sinusitis \_\_\_\_\_

Historia de Alergias \_\_\_\_\_

*Pulmones*

Asma    Enfesima    Tos    Falta de Respiro

Exposcion a Tuberculosis    Pneumonia

*Cardiaco*

Prescion Alta    Soplo de Corazon    Palpitaciones    Ataque Cardiaco

Colesterol Alto    Fiebre Reumatica    Dolor de Pecho

Que Tipo de Ejercicio \_\_\_\_\_ Veses al Dia/Semana \_\_\_\_\_

*Gastrointestinal*

Frecuente /Agruras \_\_\_\_\_ Historia de Ulceras \_\_\_\_\_

Hepatitis/Jaundice \_\_\_\_\_ Calculos Biliarios \_\_\_\_\_ Frecuente Diarrea \_\_\_\_\_

Estrenimiento \_\_\_\_\_ Sangre del Recto \_\_\_\_\_

Fecha de el Ultimo

Colonoscopia/Sigmoid \_\_\_\_\_

*Genitourinary*

Mujer:

Dia del Ultimo Periodo \_\_\_\_\_

Menstruo Irregular/Reg    Sangre de la Vagina Anormal

Flujo Descargo Anormal    Edad Aproxima de la Menopausia

\_\_\_\_\_ Hormonas despue de la menopausia?

Ultimo Papanicolao \_\_\_\_\_ Papanicolao Abnormal \_\_\_\_\_

Ultimo Mammografia \_\_\_\_\_ Mammografia Abnormal \_\_\_\_\_

Chequeo de Mamas Mensual \_\_\_\_\_

Infecciones de Orinar \_\_\_\_ Piedras de Rinones \_\_\_\_\_ Incontinencia \_\_\_\_

SPANISH PHYSICAL

Nombre : \_\_\_\_\_

Numero de Ninos \_\_\_\_\_

Ocupacion \_\_\_\_\_

Religion: \_\_\_\_\_

( ) Soltera/ Soltero ( ) Casado/Casada ( ) Divociado/Divociada ( ) Viudo/Viuda

Madre: ( ) Vivo ( ) Muerto Edad \_\_\_\_\_

Father: ( ) Vivo ( ) Muerto Edad \_\_\_\_\_

Hermanos/Hermanas: Numero's de \_\_\_\_\_ ( ) Vivo ( ) Muerto

**Problemas de Salud en su Familia:**

( ) Ataque de Corazon \_\_\_\_\_

( ) Diabetes \_\_\_\_\_

( ) Presion Alta \_\_\_\_\_

( ) Cancer \_\_\_\_\_

( ) Otro \_\_\_\_\_

**Hombre:**

Orinar de Noche Incontinencia Cancer/Prostata  
Infecion de Prostata Escroto Hincho Descarga Anormal de Pene  
Impotencia Calculo del Rinon \_\_\_\_\_

*Musculoesqueletico*

Dolor Conjunto Artritis Gota Dolor de Espalda

*Neurological*

Migranas Convulciones Desmayo Mareos  
Tranfuciones de Sangre Tatuajes

*Endocrino*

( ) Diabetes ( ) Problemas de Tiroides Otro \_\_\_\_\_

*Piel*

( ) Cancer ( ) Sarpullido Lunares que Cambian ( ) Otro \_\_\_\_\_

Tienes Historia de qualquier tipo de Cancer?

Que es el proposito de su cita hoy?

Historia Medical (Clinicas, Hospitalizaciones,Cirujias)

Historia Personal

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

*Habitos*

Fuemas ( ) No ( ) Si ( ) Previamente ( ) Tabacco  
Anos \_\_\_\_\_ Paketes Por Dia \_\_\_\_\_

Alcohol: ( ) No ( ) Si ( ) Previamente Quantos Veses Por Semana \_\_\_\_\_

Drogas: Anteriormente ( ) Presente \_\_\_\_\_

**Medicamentos** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

