

Bienvenidos a

SOUTHERN UTAH EAR NOSE THROAT AUDIOLOGY ALLERGY & FACIAL PLASTICS

SOUTHERN UTAH OÍDOS, OREJAS, NARIZ, GARGANTAS, AUDIOLOGÍA, ALERGIA, Y PLÁSTICAS

Ingreso de Historia Médica

Nombre _____

Fecha de Nacimiento _____

Fecha _____

Molestia Principal:

¿Qué es la razón principal para la visita hoy? _____

¿Le ha hecho una prueba del oído en el último año? **SÍ NO** ¿Le cuesta entender cuando alguien le habla? **SÍ NO**

Por favor anote cualquier enfermedades crónicas que tiene: _____

Anote todas las cirugías que ha tenido:

Mes/Año

Ve Lista Pegada

Alergias a Medicamentos

Medicamentos (Anote los medicamentos que tome, la dosis, y con cuánta frecuencia.)

Ve Lista Pegada

1. _____ Dosis _____
2. _____ Dosis _____
3. _____ Dosis _____
4. _____ Dosis _____
5. _____ Dosis _____

6. _____ Dosis _____
7. _____ Dosis _____
8. _____ Dosis _____
9. _____ Dosis _____
10. _____ Dosis _____

¿Actualmente, tiene contrato con otra clínica para tratar el dolor? ¿Cual clínica? _____

Historia Social:

¿Fuma o usa tabaco? SÍ NO (Cigarillos Cigarros Pipa Tabaco de Mascar Otro _____)

Si fuma... ¿Cuánto? (Cajas por día) _____ desde (año) _____.

¿Dejó de fumar? SÍ (¿Cuándo?) _____ NO

¿Toma bebidas alcohólicas? SÍ NO ¿Cuántas y con cual frecuencia? _____

POR FAVOR DAR LA HUELTA Y LLENAR EL PARTE ATRÁS- GRACIAS!

¿Usa cigarillo electrónico? SÍ NO ¿Con cuánta frecuencia? _____

Anote drogas callejeras que ha usado _____

¿Tiene adicciones a alcohol o drogas? SÍ NO Anótelas _____

Historia Médica:

(Ponga marca de verificación a todos los que este **ACTUALMENTE EXPERIMENTANDO** o **SIENDO TRATADO POR**)

Oídos, Orejas, Nariz, y Garganta:

- | | | | |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Pérdida de oído | <input type="checkbox"/> Drenaje de nariz | <input type="checkbox"/> Dolor tragando | <input type="checkbox"/> Ronquido (durmiendo) |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de visión | <input type="checkbox"/> Zumbido en los oídos | <input type="checkbox"/> Congestión nasal | <input type="checkbox"/> Dolor de la oreja |
| <input type="checkbox"/> Dolor del ojo | <input type="checkbox"/> Mareo | <input type="checkbox"/> Dolor de la cara | <input type="checkbox"/> Dolor del oído |
| <input type="checkbox"/> Dolor de la cabeza | <input type="checkbox"/> Ronquera del voz | <input type="checkbox"/> Cambio del voz | |
| <input type="checkbox"/> Drenaje de oído | <input type="checkbox"/> Dolor de garganta/boca | | |

Cardiovascular/Pulmonar:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Dolor del pecho | <input type="checkbox"/> Infarto del corazón | <input type="checkbox"/> Latido irregular |
|--|--|---|

Gastrointestinal:

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Úlceras del estómago | <input type="checkbox"/> Vómito | <input type="checkbox"/> Diarrea | <input type="checkbox"/> Estreñimiento/Constipación |
| <input type="checkbox"/> Sangre en el excremento | <input type="checkbox"/> Dificultades tragando | <input type="checkbox"/> Dolor abdominal | |

Neurológico:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Apoplejía/Ataque cerebral | <input type="checkbox"/> Ataque isquémico transitorio | <input type="checkbox"/> Pérdida de visión o expresión temporaria |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de sensación | <input type="checkbox"/> Parálisis del brazo o pierna | <input type="checkbox"/> Parálisis de la cara |

Piel:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Cáncer del piel | <input type="checkbox"/> Dermatitis/Eczema |
|--|--|

Psiquiátrico:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Esquizofrenia |
| <input type="checkbox"/> Alucinaciones | <input type="checkbox"/> Otra enfermedad psiquiátrica (anótela) _____ | |

¿Tiene peso un marcapasos u otro aparato artificial para el corazón? _____

¿Tiene historia de cáncer? _____

¿Historia de cáncer en la familia u otra historia médica familiar relacionada? _____

Otros comentarios _____