



## Entrevista Forma

### Paciente Información

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

MRN: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Notas: \_\_\_\_\_

### Alergias

- Paciente no tiene ninguna alergia  El paciente no tiene saber alergias a medicamentos
- Látex  Penicilinas  Demerol  Fentanilo  Versado
- Yodo  Propofol  Sulfa  Huevos  Otros

### Pasado o Presentes Condiciones Médicas

Ninguno

- Neurología:**  Movimiento  convulsions/epilepsia  demencia  enfermedad de Parkinson
- Endocrinas:**  Trastorno de Tiroides  Diabetes  Osteoporosis  Colesterol elevado
- Cardiaco:**  Ataque cardiaco  Fibrilación auricular  Insuficiencia cardíaca congestiva,  
 Hipertensión arterial
- Pulmones:**  Asma  COPD  Fiebre del valle  Apnea del sueño
- Gastrointestinales:**  Esófago de Barret  Pólipos en el colon  Diverticulosis  Pancreatitis  
 GERD  Cáncer de Colon  IBS  Cirrosis,  
 Estomacales, úlceras  Colitis ulcerosa  Intolerancia a la lactulosa  
 Hepatitis B  H. pylori  Enfermedad de Crohn  
 Celiacía  Hepatitis C
- Urinario:**  Agrandamiento de la próstata  cáncer de próstata  cálculos renales  
 Insuficiencia renal
- Reumatología:**  Fibromialgia  Lupus  Artritis reumatoide,
- Sangre:**  Anemia  Leucemia  Linfoma  Sangrado trastorno
- Psiquiátrico:**  Trastorno Bipolar de desorden  Depresión  Ansiedad  
 Esquizofrenia
- Circulación:**  Trombosis venosa profunda  Embolia pulmonary  Enfermedad  
vascular periférica  Enfermedad de la arteria carótida
- Cáncer:**  cáncer (tipo) \_\_\_\_\_
- Cualquier condición no figura:**  
 Otros: \_\_\_\_\_

**Estudios Diagnósticos**

---

O None

O Colonoscopia

O Endoscopia

O ERCP

O EUS

O Ultrasonido

Cuando: \_\_\_\_\_ Cuando: \_\_\_\_\_ Cuando: \_\_\_\_\_ Cuando: \_\_\_\_\_ Cuando: \_\_\_\_\_

O resonancia magnética(MRI)

O CT Scan

O Biopsia de hígado

Cuando: \_\_\_\_\_ Cuando: \_\_\_\_\_ Cuando: \_\_\_\_\_ Cuando: \_\_\_\_\_ Cuando: \_\_\_\_\_

O Laboratorios recientes

Cuando: \_\_\_\_\_

**Procedimientos Anteriores**

---

O Ninguno

O Cirugía de catarata

O Amigdalectomía

O Cirugía tiroides

O Corazón válvula

O Marcapasos

O Desfibrilador

O Apendicectomía

O Vesícula biliar quitado

O Aneurisma

O Arteria carótida

O Cesárea

O Histerectomía

O Ligadura tubárica

O Cirugía de mama

O Cirugía de la prostate

O surger conjunta

O Cirugía intestinal

O Hemorroides

O Coronaria bypass

O Stent de la arteria coronaria O Otros: \_\_\_\_\_

**Historia Social**

---

Ocupación: \_\_\_\_\_ Número de niños: \_\_\_\_\_

**Estado civil**

O Soltero

O Casado

O Divorciado

O Separado

O Unión Civil

O Viuda

**Alcohol**

O Ninguno

Cantidad

Número

Frecuencia

O Cerveza

O Vino

O Licor

**Tabaco**

O Corriente, cada día fumador

O Corriente, algún día fumador

O Ex fumador

**Estatus de Tabaquismo**

O Nunca fumó

O Fumador, estado desconocido

O desconocido si alguna vez has fumado

**Uso de Droga**

O Ninguno

Cantidad

Número

Frecuencia

Drogas IV

Otros



**Revisión de Sistemas**

|  | Si                    | No                    |                                   | Si                    | No                    |                          | Si                    | No                    |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------------------|-----------------------|-----------------------|--------------------------|-----------------------|-----------------------|
| <b>Cardiovascular</b>                  |                       |                       | <b>Genitourinario</b>             |                       |                       | <b>Psiquiátrico</b>      |                       |                       |
| Dolor en el pecho                      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Orina oscura                      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Ansiedad                 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Dificultad para respirar con ejercicio | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Dolor al orinar                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Depresión                | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Palpitaciones                          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Sangre en la orina                | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |                          |                       |                       |
| <b>Constitucional</b>                  |                       |                       | <b>Tegumentario</b>               |                       |                       | <b>Respiratoria</b>      |                       |                       |
| Pérdida del apetito                    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Coloración amarillenta de la piel | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Tos                      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Aumento de peso                        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Erupción                          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Expectoración con sangre | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Pérdida de peso                        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Tatuajes                          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Sibilancias              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|  |                       |                       | Piercings                         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |                          |                       |                       |
| <b>ENMT</b>                            |                       |                       | <b>Musculoesqueléticas</b>        |                       |                       |                          |                       |                       |
| Dolor de garganta                      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Artritis                          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |                          |                       |                       |
| Sangrado nasal                         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Espalda dolor                     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |                          |                       |                       |
| Ronquera                               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |                                   |                       |                       |                          |                       |                       |
| <b>Endocrina</b>                       |                       |                       | <b>Neurológica</b>                |                       |                       |                          |                       |                       |
| Sed excesiva                           | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Mareos                            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |                          |                       |                       |
| Pérdida de cabello                     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Dolores de cabeza frecuentes      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |                          |                       |                       |
| Intolerancia al calor                  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Entumecimient/hormigueo           | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |                          |                       |                       |
| Gastrointestinales                     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |                                   |                       |                       |                          |                       |                       |
| Dolor Abdominal                        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |                                   |                       |                       |                          |                       |                       |
| Distensión abdominal                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |                                   |                       |                       |                          |                       |                       |
| Estreñimiento                          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |                                   |                       |                       |                          |                       |                       |
| Diarrea                                | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |                                   |                       |                       |                          |                       |                       |
| Dificultad para deglutir               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |                                   |                       |                       |                          |                       |                       |
| Gas                                    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |                                   |                       |                       |                          |                       |                       |
| Ardor de estómago                      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |                                   |                       |                       |                          |                       |                       |
| Náuseas                                | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |                                   |                       |                       |                          |                       |                       |
| Sangrado rectal                        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |                                   |                       |                       |                          |                       |                       |
| Vómitos                                | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |                                   |                       |                       |                          |                       |                       |

**Revisado con el**

Paciente       Padre       Tutor       No Presentan