

# Tucson Ear, Nose, & Throat Associates, P.C.

Stanley W. Coulthard, M.D. \* Robert B. Cravens, Jr., M.D. \* Robert L. Dean, M.D. \* Joe M. Huerta, M.D.  
William R. Lamear, M.D. \* David A. Parry, M.D. \* Keith C. Soderberg, M.D. \* Elias D. Stratigouleas, M.D.

## Favor De Completar Respecto A Su Salud General

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

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Masculino \_\_\_\_\_ Femenina \_\_\_\_\_

Doctor Primario: \_\_\_\_\_ Estatura \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_

QUEJA PRINCIPAL ( Razon de su visita ): \_\_\_\_\_

### Historia Medica Pasada:

*Checar las enfermedades que ha tenido:*

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Alergias nasales           | <input type="checkbox"/> Problema inmunologico  | <input type="checkbox"/> Alergias a comidas             |
| <input type="checkbox"/> Dolor de pecho             | <input type="checkbox"/> Hipertension           | <input type="checkbox"/> Murmullo de corazon            |
| <input type="checkbox"/> Fallo cardiaco             | <input type="checkbox"/> Ataque al cerebro      | <input type="checkbox"/> Valvula artificial del corazon |
| <input type="checkbox"/> Latido de corazon abnormal | <input type="checkbox"/> Diabetes               | <input type="checkbox"/> Asma                           |
| <input type="checkbox"/> Enfisema                   | <input type="checkbox"/> EPOC                   | <input type="checkbox"/> Tuberculosis (TB)              |
| <input type="checkbox"/> Glaucoma                   | <input type="checkbox"/> Cataratas              | <input type="checkbox"/> Eczema                         |
| <input type="checkbox"/> Ataque (de apoplejia)      | <input type="checkbox"/> Enfermedad de tiroide  | <input type="checkbox"/> Hemorroides                    |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis _A,_B,_C         | <input type="checkbox"/> Enfermedad del higado  | <input type="checkbox"/> Ulcera peptica                 |
| <input type="checkbox"/> Sida                       | <input type="checkbox"/> Enfermedad de ansiedad | <input type="checkbox"/> Audifonos                      |
| <input type="checkbox"/> Artritis                   | <input type="checkbox"/> Problemas del rinon    |   |

Cancer: Tipo \_\_\_\_\_

### Hospitalizaciones/Cirugias Pasadas:

Fecha:

- 1) \_\_\_\_\_
- 2) \_\_\_\_\_
- 3) \_\_\_\_\_
- 4) \_\_\_\_\_
- 5) \_\_\_\_\_

### Medicamentos Actuales

Dosis/Frecuencia

- 1) \_\_\_\_\_
- 3) \_\_\_\_\_
- 5) \_\_\_\_\_

### Medicamentos Actuales

Dosis/Frecuencia

- 2) \_\_\_\_\_
- 4) \_\_\_\_\_
- 6) \_\_\_\_\_

Alergias a medicamentos( Incluyendo alergias a LATEX ) \_\_\_\_\_ Ninguna Alergia  
Medicamento Tipo de reaccion(sarpullido, etc)

- 1) \_\_\_\_\_  
2) \_\_\_\_\_  
3) \_\_\_\_\_

Alguna vez ha tenido problemas con anestesia?

\_\_\_\_ No, la he tenido y ningun problema      \_\_\_\_ Nunca la he tenido      \_\_\_\_ Si  
Si si, favor de explicar: \_\_\_\_\_

Historia Social:

Ocupacion: \_\_\_\_\_

Usted fuma? \_\_\_\_\_ cigarillos      \_\_\_\_\_ cigarro      \_\_\_\_\_ mascar      \_\_\_\_\_ pipa  
\_\_\_\_ Nunca      \_\_\_\_ Fumaba \_\_\_\_ cajas/dia por \_\_\_\_ anos pero lo abandone hace \_\_\_\_ anos  
\_\_\_\_ Actualmente fumo \_\_\_\_ cajas/dia por \_\_\_\_ anos

Consume alcohol? \_\_\_\_ Nunca      \_\_\_\_ Menos de una vez al dia      \_\_\_\_ Diario      \_\_\_\_ Semanal  
\_\_\_\_ No, pero tomaba

Corre riesgo de tener SIDA/Hepatitis? (ex: orientacion sexual, Drogas, transfusion de sangre)

Si si, favor de explicar: \_\_\_\_\_

Consume cafeina (café,soda, te, etc)? Si si, describa: \_\_\_\_\_

Del 1-10, Cual es su nivel de estres (1 siendo no estres, 10 siendo mucho estres) \_\_\_\_\_

Mujeres: Esta embarazada, planeando un embarazo, o amamantando? \_\_\_\_\_

Historia Familiar:

Tiene parientes de sangre con lo siguiente;

Sordera	Si	No	Quien? _____
Cancer	Si	No	Quien? _____
Enfermedad del corazon	Si	No	Quien? _____
Ataque al cerebro	Si	No	Quien? _____
Diabetis	Si	No	Quien? _____
Depression	Si	No	Quien? _____
Enfermedad de ansiedad	Si	No	Quien? _____

Revisión de sistemas:

Constitucional:      \_\_\_\_ N/A      \_\_\_\_ Recien cambio de peso      \_\_\_\_ Fiebre  
\_\_\_\_ Fatiga      \_\_\_\_ Escalofrios      \_\_\_\_ Sudar en la noche

Ojos:  N/A  Perdida de vision  Dolor  Drenaje/Lagrimas  
 D  I  Los dos  D  I  Los dos  D  I  Los dos

Oidos, Nariz, Boca y Garganta:  N/A  
 Rasquera en oidos  Debilidad facial  Obstruccion Nasal  Drenaje Nasal  
 Hemorragia nasal  Estornudar  Nariz tapada  Ronquidos  
 Perdida de olfato  Crecimiento en nariz  Problemas dentales  Babear  
 Dificultad mascando  Bulto en cuello  Ardor de estomago  Dolor de garganta  
 Cambio en voz  Sordera  Sangrando de garganta  
 Dificultad al respirar  Crecimiento en boca,ulcera  Dolor al tragar

Cardiovascular:  N/A  Dolor de pecho  Latido de corazon abnormal  
 Piernas inchadas  Dolor de pierna al caminar  Dolor de pierna al descansar

Respiratorio:  N/A  Respira con dificultad  Falta de aliento  
 Toz  Mucosa  Toziendo sangre

Gastroentistenal:  N/A  Appetito desminuido  Nausea/Vomito  
 Heces sangrientos  Dificultad al tragar  Indigestion  
 Intolerancia de comida  Diarrea/Estrenimiento

Musculos:  N/A  Dolor de cuello  Dolor de junta/Rigidez  
 Artritis

Piel:  N/A  Sarpullido  Piel amarilla  
 Reciente calvez

Psicogenetico:  N/A  Dolor de cabeza  Perdida de conocimiento  
 Ataque (de apoplejia)  Paralisis  Tremores  
 Perdida de memoria

Mentalmente:  N/A  Insomnio  Depresion  
 En medicamento  Si  No

Endocrina:  N/A  Nodulo en tiroide  Intolerancia de calor o frio  
 Sudor excesivo  Sed, hambre, orin excecivo

Urogenital:  N/A  Orin doloroso  Enfermedad venerea  
 Sangre en el orin  Orin frecuente en la noche  
 Incontinencia  Dificultad al orinar

Hematologico/Linfatico:  N/A  Anemia  Problems de desangramiento  
 Moretones faciles  Problema de sangre

La informacion proveida arriba es certera.

---

Firma de Paciente

Nombre(Imprimido)

Fecha

He revisado la informacion de arriba con el paciente.

---

Firma del Doctor

Nombre(Imprimido)

Fecha