



1250 8th Ave, Ste 135 | Fort Worth, TX 76104
Phone: 817.332.8848 | Fax: 817.335.2670

Jeremy P. Watkins, MD
J. Brad McIntyre, MD
Sean M. Callahan, MD

Otorhinolaryngology | Head & Neck Surgery

HISTORICAL MEDICO DEL PACIENTE

Nombre: _____ Fecha: _____

Sexo: M / F Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Altura: _____ Peso: _____

FOR OFFICE USE ONLY: Temperature: _____ Vitals: _____

Lista de alergias a medicamentos y otras alergias: _____

Describe brevemente su problema actual y cuánto tiempo le ha causado problemas: _____

Historial Médico Previo:

- _____ Ataques de Corazon/Enfermedad Caridacas
- _____ Insuficiencia Cardiaca Congestiva
- _____ Presion Alta
- _____ COPD/Enfermedad Pulmonar
- _____ Ataque Cerebral
- _____ HIV/AIDS
- _____ Ataques Epilépticos
- _____ Diabetes
- _____ Apnea de Sueño
- _____ Asma
- _____ Artritis
- _____ Glaucoma / Cataratas
- _____ Tuberculosis
- _____ Cáncer (especifique el tipo) _____
- _____ Enfermedad hepática/ renal (especifique el tipo) _____
- _____ Trastornos de la columna vertebral (especifique el tipo) _____
- _____ Trastornos de la tiroides (especifique el tipo) _____
- _____ Trastorno de sangrado / coagulación (especifique el tipo) _____

Favor de Marcar lo Siguiente:

- Contitucional: _____ Pérdida de Peso _____ Fiebre
- Ojos: _____ Cambios de Vista
- Respiratorio: _____ Resollar _____ Dificultad as Respirar
- Cardiovascular: _____ Dolor de Pecho _____ Palpitaciones
- Gastrointestinal: _____ Acidez _____ Náusea
- Genitourinario: _____ Dolor al orinar _____ Sangre en la Orina
- Musculoskeletal: _____ Dolor de Coyunturas
- Piel: _____ Lesión de Piel
- Neurológico: _____ Entumecimiento _____ Debilidad _____ Convulsiones
- Psiquiátrico: _____ Depresión _____ Ansiedad _____ Desorden del sueño
- Endocrino: _____ Intolerancia a la temperatura
- Sanguineo/Nodos Linfáticos: _____ Problemas con Coagulación de sangre
- Alergias / Inmunológico: _____ Estornudos _____ Irritación de ojo

Problemas no mencionados arriba? _____

¿Bebes alcohol? _____ ¿Cuánto? _____

¿Bebidas con cafeína? _____ ¿Cuánto? _____

¿Fumas? _____ ¿Cuántas ves? _____ ¿Dejo? _____ ¿Cuando? _____

Farmacia Preferida: _____ Ubicación y teléfono: _____

Medicamentos actuales: _____

Enumere todas las cirugías anteriores con el año en que fueron realizadas: _____

¿Algún problema relacionado con la anestesia? _____ Si es así, ¿de qué tipo? _____

Por favor, indique los miembros de la familia inmediata que tienen lo siguiente:

Historia familiar: Cáncer _____ Diabetes _____ Alta presion sanguínea _____ Enfermedad del corazón _____

¿Problemas no mencionados? _____

Historial de nacimiento: (para pacientes menores de 18 años)

¿El niño nació a tiempo? _____ Problemas durante el embarazo de la madre? _____

Problemas respiratorios al nacer? _____ Las inmunizaciones actuales? _____

Historia de: Asma _____ Reflujo _____ Convulsiones _____