

# MARLENNY FELIZ - CRUZ M.D., P.A.

## Historia Medica

Fecha: \_\_/\_\_/\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: M\_\_ F\_\_ Estatura: \_\_\_\_\_

Motivo de la Visita : \_\_\_\_\_

**Medicacion Actual** ( si necesita mas espacio por favor use el reverso de esta pagina)

Medicamento: \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_ Medicamento: \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_

Medicamento: \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_ Medicamento: \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_

### Historia Medica

Presion Alta: \_\_\_\_\_ Colesterol Alto: \_\_\_\_\_ Diabetes: \_\_\_\_\_ Arritmia: \_\_\_\_\_ Gastritis: \_\_\_\_\_

Cancer : (localizacion) \_\_\_\_\_ Otros (especificar) \_\_\_\_\_

### Alergias:

Nombre de la Sustancia: \_\_\_\_\_ Reaccion: \_\_\_\_\_

Nombre de la Sustancia: \_\_\_\_\_ Reaccion: \_\_\_\_\_

### Historia Ginecologica y Obstetrica (Mujeres solamente)

Sexualmente Activa: Si\_\_ No\_\_ Metodo Anticonceptivo: \_\_\_\_\_ No\_\_ N/A \_\_\_\_\_

Fecha de la Ultima Menstruacion: \_\_/\_\_/\_\_ Embarazos: \_\_\_\_\_ Hijos Vivos: \_\_\_\_\_ Cesareas: \_\_\_\_\_

Abortos: \_\_\_\_\_ Menstruacion Irregular : \_\_\_\_\_ Colico Menstrual; \_\_\_\_\_

Secrecion / Picazon Vaginal: \_\_\_\_\_ Dolor durante el acto sexual : \_\_\_\_\_

### Hombres Solamente

Sexualmente Activo: Si\_\_ No\_\_ Testiculo Doloroso: \_\_\_\_\_ Secrecion por el Pene: \_\_\_\_\_

Dolor en el Escroto: \_\_\_\_\_ Hinchazon en el escroto: \_\_\_\_\_ Testiculo que no desciende: \_\_\_\_\_

### Historia Familiar:

Padre: Vivo: \_\_\_\_\_ Fallecido: \_\_\_\_\_ Presion Alta: \_\_\_\_\_ Diabetes: \_\_\_\_\_ Cancer: \_\_\_\_\_

Otros: (describir) \_\_\_\_\_

Madre: Vivo: \_\_\_\_\_ Fallecido: \_\_\_\_\_ Presion Alta: \_\_\_\_\_ Diabetes: \_\_\_\_\_ Cancer: \_\_\_\_\_

Otros: (describir) \_\_\_\_\_

Otra historia medica familiar Importante, Ejemplo: Cancer, Diabetes : \_\_\_\_\_

### Historia Quirurgica

Cirugia : \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_ Cirugia: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_

Cirugia : \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_ Cirugia: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_

## Historia Social

Usted Fuma ? Si\_\_ (Cuantos cigarillos al dia) \_\_No \_\_ Toma Alcohol ? Si \_\_ No \_\_ Toma Café ?  
Si \_\_ No \_\_ Ha usado drogas? Si \_\_ ( Nombre de la Droga ) \_\_ No \_\_  
Estado Civil ? \_\_\_\_\_ Con quien vive? \_\_\_\_\_ Ocupacion \_\_\_\_\_

## Ha tenido alguna de estos sintomas?

- \* Cambio en el apetito: \_\_ Escalofrios: \_\_ Fatiga: \_\_ Fiebre: \_\_ Dolor de cabeza: \_\_
- Problemas al dormir: \_\_ Ganancia de Peso: \_\_ Perdida de Peso: \_\_
- \* Congestion: \_\_ Pícazon: \_\_ Rash: \_\_ Alergias Ambientales: \_\_ Irritacion en los Ojos: \_\_
- \* Vision Borrosa: \_\_ Lentes de Contacto : \_\_ Lentes de Correccion: \_\_ Dolor en los Ojos: \_\_
- Disminucion de la capacidad Visual : \_\_ Secrecion por los ojos: \_\_ Ojos secos: \_\_
- \* Disminucion de la audicion: \_\_ Boca seca: \_\_ Zumbido en el oido: \_\_
- Dolor en los senos paranasales: \_\_
- \* Intolerancia al frio: \_\_ Perdida de Cabello: \_\_ Menstruaciones Irregulares: \_\_
- Problemas en la Tiroides: \_\_
- \* Asma: \_\_ Dificultad al Respirar: \_\_ Dolor en el Pecho: \_\_ Tos: \_\_ Sangrado Nasal: \_\_
- Dolor con la Respiracion : \_\_ Neumonia: \_\_
- \* Secrecion por el Pezon: \_\_ Masa en los Senos: \_\_ Diferencia de tamaño entre los dos Senos: \_\_
- \* Dolor en el Pecho: \_\_ Mareo: \_\_ Acumulacion de liquid en las piernas: \_\_ Palpitaciones: \_\_
- \* Dolor Abdominal: \_\_ Sangre en las Heces: \_\_ Estreñimiento: \_\_ Diarrea: \_\_
- Dificultad para pasar la comida: \_\_
- \* Anemia: \_\_ Problemas de Sangrado: \_\_ facilidad para aparecer moretones en la piel: \_\_
- Masa en la Ingle: \_\_
- \* Sangre en la Orina: \_\_ Deseos de Orinar muy Frecuentes: \_\_ Dolor en la parte baja de la espalda: \_\_
- \* Problemas en la espalda: \_\_ Dificultad para mover las articulaciones: \_\_ Dolores Musculares: \_\_
- Dolor en las Articulaciones: \_\_ Hinchazon en las Articulaciones: \_\_
- \* Palidez de la piel: \_\_ Dolor o calambres en las piernas despues de hacer ejercicio: \_\_
- \* Acne: \_\_ Piel Seca: \_\_ Cambios en la Piel: \_\_ Sensibilidad a la luz: \_\_
- \* Dificultad para mantener el equilibrio: \_\_ irritabilidad: \_\_ Adormecimiento: \_\_ Temblor: \_\_
- \* Ansiedad: \_\_ Depression: \_\_ Situaciones de Estres: \_\_ Ideas Suicidas: \_\_

Otros Sintomas no enumerados arriba:

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

## Medicina Preventiva

Ultimo Papanicolaou: \_\_/\_\_/\_\_

Ultima Mamografia: \_\_/\_\_/\_\_

Ultima Colonoscopia: \_\_/\_\_/\_\_

Ultimo examen de la Prostata: \_\_/\_\_/\_\_

**FIRMA:** \_\_\_\_\_