



# Puerto Rico Nasal & Sinus Institute

José M. Busquets Ferriol, MD

San Juan Health Centre

150 Ave. de Diego, Suite #605

San Juan, PR 00907

Tel. (787) 722-3544

Fax (787) 724-8808

www.prnsi.com

Name: \_\_\_\_\_

MR#: \_\_\_\_\_

## FORMULARIO DE HISTORIAL DE SALUD DEL PACIENTE

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_ **EDAD:** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_  
Apellidos Nombre

**DIRECCIÓN:** \_\_\_\_\_ **Pueblo:** \_\_\_\_\_ **Código Postal:** \_\_\_\_\_  
Número y Calle

Nombre y dirección de su médico primario y del médico que lo refiere:

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

1. **Queja Principal:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. **¿Hace cuánto tiempo ha notado este problema?** \_\_\_\_\_

3. **¿Ha tomado algún medicamento para este problema?**  Sí  No

Si contesta que sí, ¿cuales? \_\_\_\_\_

¿Le han ayudado? \_\_\_\_\_

4. **¿Ha visitado otro medico por este problema?**  Sí  No

Si contesta que sí, ¿a quién? \_\_\_\_\_

**5. HISTORIAL PASADO**

Marque todas las condiciones médicas que ha padecido:

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Anemia             | <input type="checkbox"/> Reflujo Gastroesofágico          | <input type="checkbox"/> Gastritis o úlceras         |
| <input type="checkbox"/> Gota               | <input type="checkbox"/> Achaques de ansiedad             | <input type="checkbox"/> Enfermedades del corazón    |
| <input type="checkbox"/> Artritis           | <input type="checkbox"/> Fallo cardiaco                   | <input type="checkbox"/> Asma                        |
| <input type="checkbox"/> Depresión          | <input type="checkbox"/> Hepatitis o enfermedad de hígado | <input type="checkbox"/> Alta presión (hipertensión) |
| <input type="checkbox"/> Diabetes           | <input type="checkbox"/> Desorden de sangrado             | <input type="checkbox"/> Alto nivel de colesterol    |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad renal   | <input type="checkbox"/> Deficiencia inmunológica         | <input type="checkbox"/> Apnea del sueño             |
| <input type="checkbox"/> Enfisema           | <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar              | <input type="checkbox"/> Epilepsia o convulsiones    |
| <input type="checkbox"/> Glaucoma           | <input type="checkbox"/> Cataratas                        | <input type="checkbox"/> Migrañas                    |
| <input type="checkbox"/> Tiroides alta/baja | <input type="checkbox"/> Cáncer – ¿de qué tipo? _____     |  |

¿Tiene alguna otra condición médica? \_\_\_\_\_

**6. HISTORIAL QUIRÚRGICO**

| Fecha | Procedimiento o Cirugía | Hospital |
|-------|-------------------------|----------|
| _____ | _____                   | _____    |
| _____ | _____                   | _____    |
| _____ | _____                   | _____    |
| _____ | _____                   | _____    |

**7. MEDICAMENTOS (por favor incluya vitaminas y suplementos)**

| Nombre de medicamento | Dosis | Frecuencia |
|-----------------------|-------|------------|
| _____                 | _____ | _____      |
| _____                 | _____ | _____      |
| _____                 | _____ | _____      |
| _____                 | _____ | _____      |

**8. ALERGIAS A MEDICAMENTOS (indique el medicamento y la reacción que ocurre)**  
Si no tiene ninguna, marque aquí: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 9. HISTORIAL SOCIAL

¿Cuál es su ocupación? \_\_\_\_\_

¿Usted fuma?  Sí  No # de cajetillas/día: \_\_\_\_\_ # de años: \_\_\_\_\_

Si no fuma, ¿fumaba en el pasado?  Sí  No # de cajetillas/día: \_\_\_\_\_ # de años: \_\_\_\_\_

¿Usted bebe alcohol?  Sí  No # de bebidas/día: \_\_\_\_\_ # de años: \_\_\_\_\_

¿Usa o ha usado drogas o sustancias controladas?  Sí  No ¿Cuáles? \_\_\_\_\_

## 10. HISTORIAL FAMILIAR

¿Algún miembro de su familia ha padecido de alguna de las siguientes? (Indique parentesco)

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Alergias               | <input type="checkbox"/> Diabetes                     | <input type="checkbox"/> Sinusitis               |
| <input type="checkbox"/> Desórdenes de sangrado | <input type="checkbox"/> Enfermedades cardíacas       | <input type="checkbox"/> Problemas con anestesia |
| <input type="checkbox"/> Inmunodeficiencia      | <input type="checkbox"/> Fibrosis quística            | <input type="checkbox"/> Asma                    |
| <input type="checkbox"/> Migrañas               | <input type="checkbox"/> Cáncer – ¿de qué tipo? _____ |  |

¿Han padecido de alguna otra condición médica? \_\_\_\_\_

## 11. REPASO DE SISTEMAS

Indique si ha tenido alguno de los siguientes síntomas recientemente:

- |                     |   |  |  |  |
|---------------------|---|--|--|--|
| a. General          | <input type="checkbox"/> Náusea                     | <input type="checkbox"/> Fiebre          | <input type="checkbox"/> Pérdida/ganancia peso | <input type="checkbox"/> Fatiga          |
| b. Oídos            | <input type="checkbox"/> Pérdida de audición        | <input type="checkbox"/> Drenaje         | <input type="checkbox"/> Zumbido               | <input type="checkbox"/> Mareos          |
| c. Ojos             | <input type="checkbox"/> Cambio reciente en visión  | <input type="checkbox"/> Visión doble    |  |  |
| d. Garganta         | <input type="checkbox"/> Dificultad de tragar       | <input type="checkbox"/> Masa en cuello  | <input type="checkbox"/> Ronquera              |  |
| e. Cardiopulmonar   | <input type="checkbox"/> Dolor de pecho             | <input type="checkbox"/> Palpitaciones   | <input type="checkbox"/> Sopleo cardíaco       | <input type="checkbox"/> Tos             |
| f. Gastrointestinal | <input type="checkbox"/> Reflujo                    | <input type="checkbox"/> Diarrea         | <input type="checkbox"/> Vómitos               | <input type="checkbox"/> Dolor abdominal |
| g. Genitourinario   | <input type="checkbox"/> Frecuencia urinaria        | <input type="checkbox"/> Ardor al orinar |  |  |
| h. Psicológico      | <input type="checkbox"/> Depresión                  | <input type="checkbox"/> Ansiedad        |  |  |
| i. Endocrino        | <input type="checkbox"/> Intolerancia al calor/frío | <input type="checkbox"/> Sed excesiva    |  |  |
| j. Neurológico      | <input type="checkbox"/> Debilidad extremidades     | <input type="checkbox"/> Adormecimiento  |  |  |

k. Musculoesquelética     Artritis     Dolor temporomandibular (TMJ)

l. Sueño     Ronquido     Cansancio diurno     Apnea del sueño

**CERTIFICO** que la información suministrada en este formulario es correcta y cierta hasta el mejor de mi conocimiento. Entiendo que la información es totalmente confidencial. No hago responsable al doctor o a cualquier otro miembro de la oficina de cualquier error u omisión de mi parte completar este formulario.

---

Firma del paciente

Fecha

---

Firma del doctor

Fecha