



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: _____
Número y Calle Pueblo Código Postal

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

1. _____ 2. _____

1. **Queja Principal:** _____

¿Hace cuánto tiempo ha notado este problema? _____

2. **Evalúe los siguientes síntomas en una escala de severidad de 0 (ausente) a 4 (severo):**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Infecciones recurrentes (sinusitis) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Presión o dolor facial | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Dificultad para respirar por la nariz | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Descarga o secreciones nasales descoloridas | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Sentido de olfato disminuido | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

3. **¿Hay algún lado que es peor?** Derecho Izquierdo Ambos

4. **¿Tiene historial de alergias nasales?** Sí No

¿Le han hecho alguna prueba de alergias? Sí No

Si contesta que sí, ¿a qué es alérgico? _____

¿Ha recibido vacunas para las alergias? Sí No

Si contesta que sí, ¿por cuánto tiempo? _____ **¿Le han ayudado?** _____

5. Evalúe la efectividad de los siguientes medicamentos (1=peor, 4=mejor):

| | | | | | |
|--|---|---|---|---|-------------------|
| Antibióticos | 1 | 2 | 3 | 4 | Nunca he recibido |
| Antihistamínicos (Claritin, Allegra, Zyrtec) | 1 | 2 | 3 | 4 | Nunca he recibido |
| Descongestionantes (Sudafed, Entex) | 1 | 2 | 3 | 4 | Nunca he recibido |
| Esteroides nasales (Flonase, Nasonex, etc.) | 1 | 2 | 3 | 4 | Nunca he recibido |
| Esteroides orales (Prednisona, Medrol) | 1 | 2 | 3 | 4 | Nunca he recibido |

6. ¿Cuales antibióticos ha tomado? (circule el más efectivo) _____

7. El periodo de tiempo más largo que ha tomado un antibiótico es:

- < 2 semanas 2-4 semanas 4-8 semanas >8 semanas

8. ¿Cuántas veces ha tenido que tomar antibióticos en el último año? _____

9. 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? _____

10. HISTORIAL QUIRÚRGICO

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

11. MEDICAMENTOS (por favor incluya vitaminas y suplementos)

Nombre de medicamento

Dosis

Frecuencia

12. ALERGIAS A MEDICAMENTOS (indique el medicamento y la reacción que ocurre)

Si no tiene reacción alérgica, marque aquí: _____

13. 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? _____

14. 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? _____

15. REPASO DE SISTEMAS

Indique si ha tenido alguno de los siguientes síntomas recientemente:

- a. General Náusea Fiebre Pérdida/ganancia peso Fatiga
- b. Oídos Pérdida de audición Drenaje Zumbido Mareos
- c. Ojos Cambio reciente en visión Visión doble
- d. Garganta Dificultad de tragado Masa en cuello Ronquera
- e. Cardiopulmonar Dolor de pecho Palpitaciones Sopro cardiaco Tos
- f. Gastrointestinal Reflujo Diarrea Vómitos Dolor abdominal
- g. Genitourinario Frecuencia urinaria Ardor al orinar
- h. Psicológico Depresión Ansiedad
- i. Endocrino Intolerancia al calor/frío Sed excesiva
- j. Neurológico Debilidad extremidades Adormecimiento
- k. Musculoesqueletal 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 al completar este formulario.

Firma del paciente

Fecha

Firma del doctor

Fecha