

KEITH H. FIMAN, M.D., P.A.

HISTORIA MEDICA DEL PACIENTE

NOTA: La informacion requerida es necesario para completar la evaluacion de su atencion medica. La informacion que obtengamos es estrictamente confidencial y solamente oliviamos con su permiso escrito O en causa de una emergencia. Por favor de contestar y ser especificamente con todas las preguntas.

Cual es la razon de visitar al Dr. Fiman? Si eres referida, cual es el problema que lleva al que to refieren? _____

Quien es su doctor familiar? _____

Hay algunos problemas que podemos contestarle hoy? _____

SERUGIAS: Por favor endique si a tenido algunas de estas operaciones:

<u>OPERACION</u>	<u>ANO</u>	<u>OPERACION</u>	<u>ANO</u>
___ Apendice	___	___ Glandula	___
___ Vesicula	___	___ Hernia	___
___ Hemorrhoides	___	___ Serugia del Colon	___
___ Bypass de Corazon	___	___ Corazon Valvula	___
___ Colonoscopia	___	___ Pulmones	___
___ Aneurisma	___	___ Serugia de Ulcera	___
___ Serugia de Cancer	___	___ Polipo del Colon	___
___ Cesaria	___	___ Ligacion Tubal	___
___ Serugia Orthopedico	___	___ Histeroectomia	___

KEITH H. FIMAN, M.D., P.A.

**HISTORIA MEDICA DEL PACIENTE
PAGINA 2**

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ulceras | <input type="checkbox"/> Esofago-problemas | <input type="checkbox"/> Piedras |
| <input type="checkbox"/> Ulcera Colitis | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn's | <input type="checkbox"/> Polipos del Colon |
| <input type="checkbox"/> Hemorrhoides | <input type="checkbox"/> Diverticulosis/Diverticulitis | <input type="checkbox"/> Irritable Espastico Fecal |
| <input type="checkbox"/> Pancreatitis | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Rectal Hedidura |
| <input type="checkbox"/> Attake de Corazon | <input type="checkbox"/> Angina dolor de pecho | <input type="checkbox"/> Cateterizar del Corazon |
| <input type="checkbox"/> Angioplastia de Corzazon | <input type="checkbox"/> Corazon Murmura | <input type="checkbox"/> Valvula mitral |
| <input type="checkbox"/> Pulmonia | <input type="checkbox"/> Emphysema | <input type="checkbox"/> Enfermedad de pulmon |
| <input type="checkbox"/> Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Atake |
| <input type="checkbox"/> Glandula Tiroides | <input type="checkbox"/> Alta pression | <input type="checkbox"/> Alta colesterol |
| <input type="checkbox"/> Gota | <input type="checkbox"/> Infecion del rinon | <input type="checkbox"/> Otra enfermedad del rinon |
| <input type="checkbox"/> Transfucion de sangre | <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Epelipsia |
| <input type="checkbox"/> Sangrando demasiadio | <input type="checkbox"/> SIDA/HIV | <input type="checkbox"/> Desorden De Sangre |
| <input type="checkbox"/> Problemas del prostate | <input type="checkbox"/> Glucoma | <input type="checkbox"/> Alcoholismo |
| <input type="checkbox"/> Otros (describe) | <input type="checkbox"/> Problemas de menstrual | <input type="checkbox"/> Cancer (Tipo) |
-
-

HISTORIA FAMILIAR: Por favor de escribir si algun familiar o parientes han tenido alguna condicion medica de ia lista citada arriba. Necesitamos saber espeificamente el ano y la edad encuanto su condicion. _____

ALLERGIAS: Por favor de escribir todas las medicinas (e) Alergias, ambos la comida. Por favor indicaque clase de reaccion. Ejemplo: colmena, brote, etc. Tambien nota si estas alergica al radio X o rintura. _____

KEITH H. FIMAN, M.D., P.A.

**HISTORIA MEDICA DEL PACIENTE
PAGINA 3**

MEDICACION PERFILAR:

KEITH H. FIMAN, M.D., P.A.

Por favor lista todas las medicinas que esta tomando presente:

Nombre de Medicina: Dosificacion (mg, mcg) Cuantas toma al dia Prescribida de cual Doctor

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)
- 5)
- 6)
- 7)
- 8)
- 9)
- 10)

Por favor de alistar de todas las prescripciones que estas tomado incluyendo, vitaminas, aspirina, Tylenol, artritis, medicina para dolor, gripe, antacids, laxante, dieta o comida de dieta suplementarias, hertas e hormopata tambien.

Nombre de Medicina: Cuantos al dia Querazon Cuan effective es para usted

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)
- 5)
- 6)
- 7)
- 8)
- 9)
- 10)

KEITH H. FIMAN, M.D., P.A.

**HISTORIA MEDICA DEL PACIENTE
PAGINA 4**

PERSONAL:

Estado-Marcial: Soltera Casada Divorciada (o) Viuda (0)

Cuantos hijos e hijas tiene: _____

Occupacion: _____

Has fumado en tu vida? Si o No? Fumas ahora? Si o No?

Cuantos paquetes por dia? _____ Cuantos anos tiene de fumar? _____

Si descargo de fumar, cuando paro? _____

Usted toma alcohol? Si o No? Si lo hazes, tomas todos los dias? Si o No?

Cuantos toma (un baso = 1 onza liquor, 4 onzas de vino, 12 onzas de cerveza)? _____

Toma regularmente? _____ Has tomado demaciado? Si o No?

SINTOMAS CORRIENTES: Por favor de marcar cual-quier sintomas que usted ha tenido en los ultimos dias o en el ultimo ano, si representa algo significativo o sigun cambio para usted.

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Perdida de peso | <input type="checkbox"/> Inexplicable fiebre | <input type="checkbox"/> Cambios de vision |
| <input type="checkbox"/> Perdida de Audencia | <input type="checkbox"/> Frecuente dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> Piel amarilla |
| <input type="checkbox"/> Entumercer de brazo/pierna | <input type="checkbox"/> Deficil de tragar | <input type="checkbox"/> Pronuncion indistinta |
| <input type="checkbox"/> Ronco | <input type="checkbox"/> Resuello Ruidoso | <input type="checkbox"/> Pies/Piernas inchadas |
| <input type="checkbox"/> Dolor de pecho | <input type="checkbox"/> Deficil de respriar | <input type="checkbox"/> Palpitaiones |
| <input type="checkbox"/> Nausea/gomitos | <input type="checkbox"/> Gomitas sangre | <input type="checkbox"/> Tociendo frecuente |
| <input type="checkbox"/> Estrenimento | <input type="checkbox"/> Materia fecal negra | <input type="checkbox"/> Sangrando rectal |
| <input type="checkbox"/> Dolor en la materia fecal | <input type="checkbox"/> Frecuente indegestion | <input type="checkbox"/> Frecuente acides |
| <input type="checkbox"/> Mocos en la materia fecal | <input type="checkbox"/> Orina frecuente | <input type="checkbox"/> Dolor del orine |
| <input type="checkbox"/> Dificil orinar o prostate | <input type="checkbox"/> Orine es morado o con sangre | <input type="checkbox"/> Menstruciones
abnormales |
| <input type="checkbox"/> Artritis/dolores de buesos | <input type="checkbox"/> Brote de piel | <input type="checkbox"/> Facil de moretar |
| <input type="checkbox"/> Sangre abiertamente | <input type="checkbox"/> Infecciones frecuentes | <input type="checkbox"/> Debil |