

FORMATO HISTORIA CLINICA

<b>INFORMACION DEMOGRAFICA</b>		
Nombre: _____		
Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido
Direccion: _____		
_____	_____	_____
Ciudad	Estado	Codigo Postal
Telefono: (____) _____ (Casa/Celular)		
Telefono alternativo: (____) _____ (Casa/Celular)		
Correo electronico: _____		
Licencia de conducir: _____		Estado: _____
Fecha de Nacimiento: (Dia/Mes/Año) ____/____/____		Edad: _____
Genero: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer		
Raza	<input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiatico <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiiiano o Isla del pasifico <input type="checkbox"/> Otro (Especifique) _____	
Grupo Etnico	<input type="checkbox"/> Hispanico o Latino <input type="checkbox"/> No Hispanico o Latino	
Usted ha participado anteriormente en algun estudio de investigacion?		
<input type="checkbox"/> No		
<input type="checkbox"/> Si, Fecha en la cual termino el estudio: (Dia/Mes/Año) ____/____/____		
Fecha ultima dosis de estudio previo: (Dia/Mes/Año) ____/____/____		
Contacto de emergencia:		
Nombre: _____		
Relacion con la persona: _____		
Telefono: (____) _____		
Nos permite discutir informacion medica suya con esta persona? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Tiene usted Primary Care Physician (PCP) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si, favor de completar la informacion		
Quiere usted que notifiquemos a su PCP de su participacion en cualquiera de los estudios de investigacion en los que participe? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Nombre de su PCP: _____		Telefono: (____) _____
Como se entero de este estudio de investigacion?		
<input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Amigos <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Soy paciente de BFHC <input type="checkbox"/> Otro: _____		
Tiene usted relacion con algun empleado de BFHC: <input type="checkbox"/> Si, _____ <input type="checkbox"/> No		

NO	SI	CARDIOVASCULAR	ESPECIFICACION	FECHA INICIO	FECHA TERMINO / EN CURSO
		Hipertension			
		Colesterol Elevado			
		Trigliceridos Elevados			
		Dolor precordial / Angina			
		Enfermedad Arterial Coronaria			
		Infarto de miocardio / Ataque cardiaco			
		Insuficiencia Cardiaca Congestiva			
		Soplo cardiaco			
		Trombosis Venosa Profunda			
		Enfermedad Vascular Periferica			
		Ataque Isquemico Transitorio / AIT			
		Accidente cerebrovascular / ACV / Stroke			
		Arritmia cardiaca			
		Otro: _____			

NO	SI	GASTROINTESTINAL	ESPECIFICACION	FECHA INICIO	FECHA TERMINO / EN CURSO
		Reflujo gastroesofagico			
		Ulcera gastrica			
		Polipos en colon			
		Sindrome Intestino Irritable			
		Gastroparesia			
		Diarrea cronica			
		Estreñimiento cronico			
		Colelitiasis			
		Hepatitis <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C			
		Higado Graso			
		Cirrosis Hepatica			
		Diverticulosis			
		Diverticulitis			
		Enfermedad de Crohn			
		Colitis Ulcerativa			
		Otro: _____			

NO	SI	Hematologico	ESPECIFICACION	FECHA INICIO	FECHA TERMINO / EN CURSO
		Anemia			
		Trastorno de coagulacion			
		Leucemia			
		Otro: _____			

NO	SI	RESPIRATORIO	ESPECIFICACION	FECHA INICIO	FECHA TERMINO / EN CURSO
		Asma			
		EPOC			
		Enfisema			
		Bronquitis Cronica			
		Apnea Obstructiva del Sueño	CPAP? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
		Disnea			
		Ronquidos			
		Tos persistente			
		Embolismo Pulmonar			
		Neumonía			
		Otro: _____			

NO	SI	APARATO REPRODUCTOR FEMENINO <input type="checkbox"/> N/A HOMBRE	ESPECIFICACION	FECHA INICIO	FECHA TERMINO / EN CURSO
		Ciclos menstruales irregulares			
		Endometriosis			
		Fibrosis uterina (Miomias)			
		Quistes ovaricos			
		Sindrome Ovario Poliquistico			
		Verrugas en genitales			
		Resequedad Vaginal			
		Infecciones vaginales frecuentes			
		Post-Menopausia			
		Enfermedad Transmision Sexual			
		Otro: _____			
Metodo Anticonceptivo:					
Fecha de ultima menstruacion: (Dia/Mes/Año) ____/____/____					

NO	SI	APARATO REPRODUCTOR MASCULINO <input type="checkbox"/> N/A MUJER	ESPECIFICACION	FECHA INICIO	FECHA TERMINO / EN CURSO
		Hiperplasia Prostatica Benigna / Agrandamiento de Prostata			
		Disfuncion Erectil			
		Enfermedad Transmision Sexual			
		Bajo nivel de Testosterona			
		Otro: _____			

NO	SI	GENITOURINARIO	ESPECIFICACION	FECHA INICIO	FECHA TERMINO / EN CURSO
		Vejiga hiperactiva			
		Incontinencia urinaria			
		Infecciones urinarias recurrentes			
		Litiasis Renal (Piedras en riñon)			
		Insuficiencia Renal			
		Otro: _____			

NO	SI	INMUNOLOGICO	ESPECIFICACION	FECHA INICIO	FECHA TERMINO / EN CURSO
		VIH / SIDA			
		Enfermedad Autoinmune			
		Alergias			
		Otro: _____			

NO	SI	MUSCULOESQUELETICO / REUMATOLOGICO	ESPECIFICACION	FECHA INICIO	FECHA TERMINO / EN CURSO
		Dolor lumbar			
		Fracturas			
		Fibromialgia			
		Gota			
		Osteoartritis			
		Artritis Reumatoide			
		Osteoporosis			
		Dolor cronico			
		Hallux Valgus (Juanetes)			
		Deformidad dedo martillo			
		Otro: _____			

NO	SI	NEUROLOGICO	ESPECIFICACION	FECHA INICIO	FECHA TERMINO / EN CURSO
		Cefalea			
		Migrañas			
		Insomnio			
		Síndrome piernas inquietas			
		Neuropatía Periférica			
		Epilepsia			
		Otro: _____			

NO	SI	PSIQUIATRICO	ESPECIFICACION	FECHA INICIO	FECHA TERMINO / EN CURSO
		Ansiedad			
		Depresión			
		Bipolar			
		Esquizofrenia			
		Trastorno por Déficit Atención e Hiperactividad (TDAH)			
		Déficit de Atención			
		Otro: _____			

NO	SI	ENDOCRINOLOGICO	ESPECIFICACION	FECHA INICIO	FECHA TERMINO / EN CURSO
		Diabetes Mellitus	<input type="checkbox"/> DM1 <input type="checkbox"/> DM2 <input type="checkbox"/> GESTACIONAL		
		Hipotiroidismo			
		Hipertiroidismo			
		Enfermedad de Addison			
		Enfermedad Graves			
		Síndrome Metabólico			
		Obesidad			
		Otro: _____			
		Programa de Pérdida de peso	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		

NO	SI	DERMATOLOGICO	ESPECIFICACION	FECHA INICIO	FECHA TERMINO / EN CURSO
		Tinea pedis			
		Acne			
		Eczema			
		Psoriasis			
		Rosacea			
		Ulcera en pie diabetico			
		Onicomycosis			
		Otro: _____			

NO	SI	OTORRINOLARINGOLOGICO / OFTALMOLOGICO	ESPECIFICACION	FECHA INICIO	FECHA TERMINO / EN CURSO
		Catarata	<input type="checkbox"/> OD <input type="checkbox"/> OS <input type="checkbox"/> OU		
		Glaucoma	<input type="checkbox"/> OD <input type="checkbox"/> OS <input type="checkbox"/> OU		
		Retinopatía Diabética	<input type="checkbox"/> OD <input type="checkbox"/> OS <input type="checkbox"/> OU		
		Degeneración Macular	<input type="checkbox"/> OD <input type="checkbox"/> OS <input type="checkbox"/> OU		
		Vision Corregida	<input type="checkbox"/> Miopia <input type="checkbox"/> Astigmatismo <input type="checkbox"/> Presbiopia		
		Tinnitus	<input type="checkbox"/> DER <input type="checkbox"/> IZQ		
		Sinusitis			
		Hipoacusia / Acusia	<input type="checkbox"/> DER <input type="checkbox"/> IZQ		
		Otro: _____			

TABAQUISMO / ALCOHOLISMO / DROGAS	FECHA INICIO	FECHA TERMINO / EN CURSO
<b>TABAQUISMO</b> <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Actualmente <input type="checkbox"/> Antecedente Producto: <input type="checkbox"/> Cigarro <input type="checkbox"/> Puro <input type="checkbox"/> Pipa <input type="checkbox"/> Vape Cantidad: _____ Tiempo: _____		
<b>ALCOHOLISMO</b> <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Actualmente <input type="checkbox"/> Antecedente <input type="checkbox"/> Cerveza # _____ <input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Año <input type="checkbox"/> Vino # _____ <input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Año <input type="checkbox"/> Licor # _____ <input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Año		
<b>DROGAS</b> <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Actualmente <input type="checkbox"/> Antecedente Cantidad: _____ Tiempo: _____ Tipo: _____		

CIRUGIAS PREVIAS <input type="checkbox"/> N/A NO CIRUGIAS PREVIAS				
CIRUGIA / PROCEDIMIENTO	FECHA DE LA CIRUGIA O PROCEDIMIENTO	RAZON / DIAGNOSTICO	FECHA INICIO	FECHA ALTA

LISTADO DE MEDICAMENTOS / VITAMINAS / SUPLEMENTOS <input type="checkbox"/> N/A NO MEDICAMENTOS						
MEDICAMENTO	DOSIS / UNIDADES	FRECUENCIA	RUTA	MOTIVO	FECHA INICIO	FECHA TERMINO O EN CURSO

CERTIFICO QUE LA INFORMACION PROPORCIONADA EN ESTA HISTORIA CLINICA ES VERDADERA Y COMPLETA EN MI CONOCIMIENTO

\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

Fecha

\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Firma del CRC que reviso el formato

Fecha

\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Firma del Investigador que reviso el formato

Fecha