



FAMILY PRACTICE – BUBBLE SHEET

2800 Garth Road, Baytown, TX 77521

Tel: (281) 425-3800 Fax: (281) 425-3992

Nombre: _____ Apellido _____ Fecha de nacimiento: _____

Genero: _____ Medico de familia (PCP): _____

Alergias (Medicamentos y comida): _____

Cirugías (Por favor rellene el círculo que corresponda a la cirugía que haya tenido)

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="radio"/> Apendice | <input type="radio"/> Histerectomía total | <input type="radio"/> Histerectomía parcial (solo el utero) |
| <input type="radio"/> Riñon | <input type="radio"/> Hernia ingüinal | <input type="radio"/> Hernia de Hiato esofagico |
| <input type="radio"/> Intestino | <input type="radio"/> Vesícula biliar | <input type="radio"/> Pulmón |
| <input type="radio"/> Próstata | <input type="radio"/> Tiroides | <input type="radio"/> Suspensión de la vejiga urinaria |
| <input type="radio"/> Valvulectomía cardiaca y reemplazo de válvula | <input type="radio"/> Endoprótesis vascular cardiaca "stent" | <input type="radio"/> Anastomosis aortocoronaria "By-pass" |
| <input type="radio"/> Marcapasos | <input type="radio"/> Cadera | <input type="radio"/> Rodilla |
| <input type="radio"/> Endarterectomía carótida | <input type="radio"/> Pecho/seno (biopsia) | <input type="radio"/> Mastectomía |
| <input type="radio"/> Ligación de oviductos/ Cirugía de esterilización | <input type="radio"/> Cesárea | <input type="radio"/> Ovarios |
| <input type="radio"/> Espalda | <input type="radio"/> Pie | <input type="radio"/> Cuello / espina cervical |
| <input type="radio"/> Anginas / amigdalas | <input type="radio"/> Muñeca | <input type="radio"/> Catarata |
| <input type="radio"/> Cirugía de "bypass" gástrico | <input type="radio"/> Adenoides | <input type="radio"/> Cirugía ortopedica/ huesos |
| <input type="radio"/> Hemorroides | <input type="radio"/> Cirugía de bandas gástricas | <input type="radio"/> Grapado gástrico |
| <input type="radio"/> Otra: _____ | <input type="radio"/> Pólipo | <input type="radio"/> Vasectomía |

Historial Medico clinico/Antecedentes médicos (rellene el círculo que cooresponda)

Corazón (Problemas Cardíacos)

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="radio"/> Placa o bloqueo en las arterias del corazón | <input type="radio"/> Arritmia cardiaca | <input type="radio"/> Problema valvular cardiaco |
| <input type="radio"/> Colesterol alto | <input type="radio"/> Alta presión | <input type="radio"/> Coágulo en las venas |
| <input type="radio"/> Mala circulación en las piernas | <input type="radio"/> Aneurisma de la aorta abdominal | <input type="radio"/> Ataque al Corazón |
| <input type="radio"/> Embolia cerebral | <input type="radio"/> Pequeña embolia cerebral / Isquemia cerebral | <input type="radio"/> Insuficiencia cardiaca Congestiva |
| <input type="radio"/> Presión baja | <input type="radio"/> Cardiopatía reumatica | <input type="radio"/> Cardiomiopatía |
| <input type="radio"/> Fibrilación auricular | | |

Pulmon (Problemas Pulmonares)

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="radio"/> Asma | <input type="radio"/> Enfermedad pulmonar obstructiva crónica | <input type="radio"/> Bronquitis |
| <input type="radio"/> Apnéa del sueño | <input type="radio"/> Sarcoidosis | <input type="radio"/> Fibrosis pulmonar |
| <input type="radio"/> Coágulo en pulmón | <input type="radio"/> Rinitis alérgica | |

Gastroenterología (Problemas de estómago é intestino)

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="radio"/> Ulcera | <input type="radio"/> Acidez / Reflujo esofágico | <input type="radio"/> Hernia Hiatal |
| <input type="radio"/> Síndrome de Irritabilidad Intestinal | <input type="radio"/> Diverticulitis/ Diverticulosis | <input type="radio"/> Calculos biliares / Piedras en la vesícula |
| <input type="radio"/> Pancreatitis | <input type="radio"/> Hepatitis B | <input type="radio"/> Hepatitis C |
| <input type="radio"/> Hepatitis alcohólica | <input type="radio"/> Polipos en el colon | <input type="radio"/> Hernias femorales |
| <input type="radio"/> Hígado graso | <input type="radio"/> Estreñimiento | <input type="radio"/> Hemorroides |
| <input type="radio"/> Colitis ulcerativa | <input type="radio"/> Enfermedad de crohn / Ileitis Regional | <input type="radio"/> Hepatitis A |
| <input type="radio"/> Cirrosis | | |

Endocrinología (problemas hormonales)

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Diabetes tipo 2 | <input type="checkbox"/> Hipotiroidismo / Tiroides baja
(Bajo de hormona tiroides) | <input type="checkbox"/> Hiperparatiroidismo (Alto de hormona paratiroidea) |
| <input type="checkbox"/> Alteración de glucosa en ayunas (Pre-diabetes) | <input type="checkbox"/> Hipoglicemia (Bajo nivel de azúcar en la sangre) | <input type="checkbox"/> Resistencia a la insulina |
| <input type="checkbox"/> Obesidad | <input type="checkbox"/> Syndrome de ovario poliquistico | <input type="checkbox"/> Diabetes tipo 1 |
| <input type="checkbox"/> Hipertiroidismo / Tiroides alta (Alto nivel de hormona tirodes) | <input type="checkbox"/> Síndrome de Cushing | <input type="checkbox"/> Diabetes gestacional (diabetes durante el embarazo) |

Hematología (Enfermedades de la Sangre)

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Anemia por deficiencia de hierro | <input type="checkbox"/> Anemia de celulas falciformes | <input type="checkbox"/> Leucemia |
| <input type="checkbox"/> Talasanemia mayor y menor | <input type="checkbox"/> Trastornos hemorragicos | <input type="checkbox"/> Tratamiento con adelgazadores de sangre (Aspirina, Plavix, Warfarina, Cumadina) |

Neurología (Problemas del cerebro y los nervios)

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza / cefalalgia | <input type="checkbox"/> Migrañas / Jaquecas | <input type="checkbox"/> Ataques epilepticos |
| <input type="checkbox"/> Temblores | <input type="checkbox"/> La enfermedad de Alzheimer | <input type="checkbox"/> La enfermedad de Parkinson |
| <input type="checkbox"/> Meningitis | <input type="checkbox"/> Bell's Palsy/ Parálisis facial periférica | <input type="checkbox"/> Perdida de memoria |
| <input type="checkbox"/> Síndrome del tunel carpal (dolor en la muñeca) | <input type="checkbox"/> Radiculopatía Lumbar (Dolor de espalda que se irradia hacia las piernas) | <input type="checkbox"/> Radiculopatía Cervical (Dolor de cuello que se irradia hacia los brazos) |
| <input type="checkbox"/> Neuropatía periférica (dolor del nervio) | <input type="checkbox"/> Estenosis espinal (estrechamiento del espacio en la medula espinal) | <input type="checkbox"/> Enfermedad de discos vertebrales |
| <input type="checkbox"/> Fibromiositis | <input type="checkbox"/> Ciática | <input type="checkbox"/> Herpes zoster "Culebrilla" |
| <input type="checkbox"/> Herniación de disco | <input type="checkbox"/> Apnea del sueño | <input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple |

Psiquiatría / Reumatología / Otros

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Depresion | <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Retraso mental |
| <input type="checkbox"/> Uso y abuso de alcohol / alcoholismo | <input type="checkbox"/> Uso indebido de drogas / drogadicción | <input type="checkbox"/> Fumar o mascar tabaco |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad bipolar | <input type="checkbox"/> Deficiencia de atención e hiperactividad | <input type="checkbox"/> Lupus eritematoso sistémico |
| <input type="checkbox"/> Osteoartritis | <input type="checkbox"/> Gota / Acido Urico | <input type="checkbox"/> Artritis reumatoide |
| <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Deficit de atención | <input type="checkbox"/> Insomnio / problemas para dormir |
| <input type="checkbox"/> Insomnio | <input type="checkbox"/> Dolor de articulaciones ó coyunturas | <input type="checkbox"/> Cataratas |
| <input type="checkbox"/> Osteopenia, osteoporosis | <input type="checkbox"/> Fractura de cadera | <input type="checkbox"/> De sorden la alimentacion |

Urología/ Nefrología/ Ginecología (Vejiga/ Riñón/ Próstata/ senos ó pechos)

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Incontinencia | <input type="checkbox"/> Insuficiencia renal/ dialisis | <input type="checkbox"/> Riñones poliquisticos |
| <input type="checkbox"/> Calculus renales | <input type="checkbox"/> Infecciones de transmission sexual | <input type="checkbox"/> Problemas sexuales |
| <input type="checkbox"/> Fibroide uterino | <input type="checkbox"/> Menstruación irregulares o dolorosas | <input type="checkbox"/> Biopsia de mama / seno |
| <input type="checkbox"/> Herpes genital | <input type="checkbox"/> Endometriosis | <input type="checkbox"/> Papanicolao anormal |
| <input type="checkbox"/> Menopausia | <input type="checkbox"/> Infecciones del tracto urinario / Mal de orin | <input type="checkbox"/> Hipertrofia benigna de prostate (ensanchamiento de prostate) |
| <input type="checkbox"/> Disfunción erectil | <input type="checkbox"/> Regla / Menstruación excesiva | <input type="checkbox"/> Aborto involuntario |
| <input type="checkbox"/> Cancer de próstata | <input type="checkbox"/> Cancer cerebral | <input type="checkbox"/> Cancer de hueso |
| <input type="checkbox"/> Cancer testicular | <input type="checkbox"/> Cancer de tiroides | <input type="checkbox"/> Cancer pulmónar |
| <input type="checkbox"/> Cancer de colon | <input type="checkbox"/> Cancer rectal | <input type="checkbox"/> Cancer de ovario |
| <input type="checkbox"/> Cancer uterino | <input type="checkbox"/> Cancer de mama /seno | <input type="checkbox"/> Cancer de piel |
| <input type="checkbox"/> Cancer de cabeza y cuello | <input type="checkbox"/> Cancer de páncreas | <input type="checkbox"/> Cancer de cuello uterino |
| <input type="checkbox"/> Directivas anticipadas | <input type="checkbox"/> Radiación | <input type="checkbox"/> Quimioterapia |

Otra: _____

Historial medico de familia (Por favor, complete la respuesta correspondiente a la burbuja de los problemas medicos experimentados por los siguientes miembros de la familia)

	Padre	Madre	Hermanos y hermanas	Abuelo paterno (padre del padre)	Abuela paterna (la madre de padre)	Abuelo materno (El padre de la madre)	Abuela materna (la madre de la madre)
Alta Presión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ataque al Corazón	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Embolia cerebral	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Colesteról alto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Placa en las arterias del corazón	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trastornos de coagulación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enfermedad pulmonar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Depresión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Coagulos de sangre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alcoholismo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dolores de cabeza / migraña	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cancer de colon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cancer de mama	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cancer de próstata	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osteoporosis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enfermedad renal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Problema de tiroides	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Esclerosis Múltiple	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otro : _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Historia Social

Fuma Tabaco Fumador actual Ex fumador nunca fumó

Por Favor, conteste la siguiente información si usted fuma ó ha fumado

Cantidad? Menos de 1 cajetilla diaria 1 cajetilla diaria 2 cajetillas diarias 3 ó mas cajetillas diarias

Cuanto tiempo? 1-5 años 6-10 años 11-15 años 16-20 años 20+ años

Si es ex fumador, ¿cuándo dejó de fumar?

Hace 1-5 años Hace 6-10 años Hace 11-15 años Hace 16-20 años Hace 20+ años

Masca Tabaco Actulmente masca tabaco Ex mascador de tabaco

Nunca ha mascado tabaco

Favor de contestar la información siguiente si usted masca ó ha mascado tabaco

Hace 1-5 años Hace 6-10 años Hace 11-15 años Hace 16-20 años Hace 20+ años

Uso de Alcohol: No Diario Semanal Socialmente Ex alcoholico

Cantidad de bebidas alcoholicas consumidas? 1-2 2-4 4-8 10 20+

Si es un Ex-Alcohólico, Cuánto hace que dejo de beber?

___ meses Un año 1-5 años 6-10 años 11-15 años 16-20 años 20+ años



FAMILY PRACTICE – BUBBLE SHEET

2800 Garth Road, Baytown, TX 77521

Tel: (281) 425-3800 Fax: (281) 425-3992

Uso de drogas ilícitas: O Sí usa drogas O Ha usado O Nunca ha usa drogas en pasado
O Heroína O Cocaína O Piedra de Cocaína O Marihuana
O Metanfetamina O Extasis

Tatuajes y Perforaciones (Nariz, Boca, Pies,etc): O Sí O No

Estado civil: O Soltero O Casado O Divorciado O Separado

Niños? ¿ Cuantos niños tiene usted?? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 O Ninguno

Ejercicio O Sí O No Si No, pase a la siguiente pregunta

Cuánto tiempo? O 10-15 mins O 20-30 mins O 30-45 mins O 45 minutos o más

¿Con qué frecuencia? O Menos de 2 veces a la semana O 3-4 veces O 5-6 veces O 7 veces

Educación: O Escuela primaria O Preparatoria / GED
O Tecnológica O Universidad O Escuela de licenciatura O Doctorado

Situación del empleo O Jubilado O Desempleado O Ama de casa
O Empleo de tiempo completo O empleo de tiempo parcial
O Estudiante de tiempo completo O Estudiante de tiempo parcial

Exposición a químicos en el trabajo:

- O Asbestos O Fluor/fluoruro O Polvo de carbón
O Cíanuro O Radiación O Dioxido de sulfuro
O Disolventes orgánicos O Pesticidas/Insecticidas O Tuberculosis
O Trabajo físico O Turnos alternados

Conservación de la salud (fechas de sus últimos exámenes y vacunas)

Prueba de densidad ósea [la detección de la osteoporosis] (mes / año) _____

Mamografía [detección de cáncer de pecho/seno] (mes/año) _____

Papanicolau y examen pelvico
[detección de cáncer cervicouterino y cáncer de ovario] (mes/año) _____

Colonoscopia [detección de cancer de colon] (mes/año) _____

Examen del recto [detección de cancer de próstata y colon] (mes/año) _____

Vacuna neumocócica (año) _____

Vacuna de herpes zoster "culebrilla" (año) _____

Vacuna tetano, difteria, tósferina (año) _____