Document Type: Forms/Other
Subject: Breast Center - Health History

MSC123

METHODIST

Breast Care Center

Formulario de antecedentes de salud de

Breast Care Center Health History Form

☐ Methodist Hospital ☐ Methodist Jennie Edmundson Hospital

Nombre: _____ Fecha de hoy: _____

Médico que lo derivó: _____ Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____

Médico de atención primaria: _____

Problema actual: _____

(bulto, dolor, secreción del pezón, mamografía anormal, etc.)

Dirección de correo electrónico: _____

REVISIÓN DE SISTEMAS / ANTECEDENTES MÉDICOS (marque todas las opciones que correspondan)

GENERAL
- ☐ Fiebre
- ☐ Escalofríos
- ☐ Pérdida de peso
- ☐ Aumento de peso
- ☐ Fatiga
- ☐ Problemas para dormir

CABEZA
- ☐ Glaucoma
- ☐ Cataratas
- ☐ Problemas de senos paranasales
- ☐ Problemas auditivos
- ☐ Problemas oculares

CARDIOVASCULAR
- ☐ Hipertensión
- ☐ Enfermedad cardíaca
- ☐ Soplo cardíaco
- ☐ Palpitaciones
- ☐ Arritmia
- ☐ Dolor de pecho
- ☐ Fiebre reumática

RESPIRATORIO
- ☐ Tos
- ☐ Falta de aire
- ☐ Asma o fiebre del heno
- ☐ Enfisema/enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)
- ☐ Enfermedad pulmonar
- ☐ Tuberculosis
- ☐ Neumonía

GASTROINTESTINAL
- ☐ Náuseas/vómitos
- ☐ Estreñimiento o diarrea
- ☐ Dolor estomacal
- ☐ Problemas para tragar
- ☐ Cambios en los hábitos intestinales
- ☐ Pérdida del apetito
- ☐ Sangre en materia fecal
- ☐ Úlceras
- ☐ Colitis
- ☐ Hernia de hiato
- ☐ Hemorroides
- ☐ Hepatitis
- ☐ Heces negras

GENITOURINARIO
- ☐ Dolor o ardor al orinar
- ☐ Sangre en la orina
- ☐ Pérdida de control de la vejiga
- ☐ Dificultad para comenzar o detener la micción
- ☐ Enfermedad renal
- ☐ Cálculos renales
- ☐ Problemas renales
- ☐ Prolapso uterino

MUSCULOESQUELÉTICO
- ☐ Dolor de piernas
- ☐ Dolores articulares
- ☐ Dolor de espalda
- ☐ Inflamación en los tobillos
- ☐ Artritis
- ☐ Gota
- ☐ Osteoporosis
- ☐ Restricción de movimiento
- ☐ Espondilitis anquilosante
- ☐ Fibromialgia

ENDOCRINO
- ☐ Diabetes
- ☐ Enfermedad de tiroides

PIEL
- ☐ Caída de cabello
- ☐ Sarpullidos

NEUROLÓGICO
- ☐ Dolor de cabeza
- ☐ Derrame cerebral
- ☐ Convulsiones
- ☐ Mareos
- ☐ Pérdida de conciencia o desmayos
- ☐ Debilidad en brazos o piernas
- ☐ Enfermedades neurológicas

SÍNTOMAS PSIQUIÁTRICOS
- ☐ Depresión
- ☐ Ansiedad de sustancias
- ☐ Dependencia
- ☐ Desorden alimenticio
- ☐ Esquizofrenia
- ☐ En tratamiento psiquiátrico o psicológico

HEMATOLOGÍA U ONCOLOGÍA
- ☐ Cáncer
- ☐ Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)
- ☐ Anemia
- ☐ Problemas de coagulación
- ☐ Sangrado
- ☐ Flebitis
- ☐ Enfermedad de la sangre

ENFERMEDADES AUTOINMUNITARIAS
- ☐ Lupus eritematoso sistémico
- ☐ Dermatomiositis
- ☐ Esclerodermia
- ☐ Enfermedad vascular del tejido conectivo

CIRUGÍAS Y HOSPITALIZACIONES

_____ _____

_____ _____

ALERGIAS: ¿Tiene sensibilidad al látex? ☐ Sí ☐ No

¿Es alérgico a algún medicamento? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, ¿a cuál?_____

¿Qué tipo de reacción le provoca?_____ ¿Tiene otras alergias?_____

MEDICAMENTOS O SUPLEMENTOS ACTUALES: Altura: _____ Peso: _____

_____ _____

_____ _____

¿Toma algún anticoagulante? (Coumadin, productos con aspirina) ☐ Sí ☐ No ¿Cuál?_____

¿Ha tomado esteroides en los últimos seis meses? ☐ Sí ☐ No

¿Tiene antecedentes de trombosis venosa profunda o embolia pulmonar? ☐ Sí ☐ No

¿Tiene antecedentes de transfusiones de sangre? ☐ Sí ☐ No

Patient Label

NAME:_____DOB:_____

FIN:_____MRN:_____

PERMANENT PART OF MEDICAL RECORD