



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 / amígdalas | <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"/> Úlcera | <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: Sí usa drogas Ha usado Nunca ha usa drogas en pasado
 Heroína Cocaína Piedra de Cocaína Marihuana
 Metanfetamina Extasis

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

Estado civil: Soltero Casado Divorciado Separado

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

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

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

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

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

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

Exposición a químicos en el trabajo:

Asbestos Fluor/fluoruro Polvo de carbón
 Cíanuro Radiación Dioxido de sulfuro
 Disolventes orgánicos Pesticidas/Insecticidas Tuberculosis
 Trabajo físico 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) _____