



## Highlands Oncology Historia del Paciente

Nombre (Nombre y Apellido) \_\_\_\_\_ Fecha de Hoy: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Médico que Remite: \_\_\_\_\_

Masculino     Femenino

Médico de Atención Primaria: \_\_\_\_\_

Médico Ginecólogo/Obstetra: \_\_\_\_\_

Otros Médicos: \_\_\_\_\_

Razón de Su Visita de Hoy: \_\_\_\_\_

### Historia Médica Personal: Por favor marque todas las que correspondan, e incluya la fecha en que fueron diagnosticadas

<input type="radio"/>	Anemia	
<input type="radio"/>	Artritis	
<input type="radio"/>	Asma	
<input type="radio"/>	Trastorno Sanguíneo/Coagulopatía	
<input type="radio"/>	Cáncer (mencione tipo)	
	1.	
	2.	
	3.	
<input type="radio"/>	Diabetes	
<input type="radio"/>	Enfisema/EPOC	
<input type="radio"/>	Epilepsia	
<input type="radio"/>	Exposición al asbesto (amianto)	
<input type="radio"/>	Enfermedad del corazón (ej. ataque cardíaco)	
<input type="radio"/>	Hepatitis Tipo: _____	

<input type="radio"/>	Hipertensión Arterial	
<input type="radio"/>	Enfermedad Renal	
<input type="radio"/>	Enfermedad del Hígado	
<input type="radio"/>	Enfermedad Mental	
<input type="radio"/>	Neumonía	
<input type="radio"/>	Enfermedad de Transmisión Sexual	
<input type="radio"/>	Apnea del Sueño	
<input type="radio"/>	Derrame Cerebrovascular (Embolia)	
<input type="radio"/>	Enfermedad de la Tiroides	
<input type="radio"/>	Tuberculosis	
<input type="radio"/>	Úlcera	

### Hospitalizaciones/Cirugías: Por favor haga una lista de todas las veces que ha sido hospitalizado y que se ha sometido a cirugía

	Fecha	Motivo de la Hospitalización o Tipo de Cirugía	Dónde	Doctor
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				

### Tratamiento Anterior de Cáncer (si corresponde) Cuándo, Dónde

Terapia de Radiación: \_\_\_\_\_

Quimioterapia: \_\_\_\_\_

Terapia Hormonal: \_\_\_\_\_

## Highlands Oncology Group - Historia del Paciente

Nombre (Nombre y Apellido) \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

**Vacunas: Marque las vacunas previas que ha recibido e incluya la fecha de la última vacuna, si la conoce.**

Influenza o Gripe <input type="radio"/>	Hepatitis B <input type="radio"/>
Herpes Zóster (Culebrilla) <input type="radio"/>	Neumonía <input type="radio"/>

**Medicamentos: Por favor haga una lista de las recetas médicas y medicamentos de venta libre que tiene actualmente, además de los herbales, suplementos, y vitaminas.**

	Medicamento	Dosis	Frecuencia
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			

Nombre y Ubicación de la Farmacia \_\_\_\_\_

### Alergias

¿Es alérgico a algún medicamento?  Sí  No

Si respondió sí, por favor haga una lista de los medicamentos a los que es alérgico y el tipo de reacción:

---



---



---

Es alérgico a:

Un medio de línea intravenosa/contraste para generación de imágenes  Sí  No

Látex  Sí  No

Cinta Adhesiva:  Sí  No

Vacunas:  Sí  No Si responde sí, mencione el tipo de vacuna: \_\_\_\_\_

Otras Alergias:  Sí  No

Si responde sí, por favor haga una lista de otras alergias: \_\_\_\_\_

### Transfusiones de Sangre

¿Alguna vez le han hecho una transfusión de sangre?  Sí  No Razón: \_\_\_\_\_

Si responde sí, ¿tuvo alguna reacción?  Sí  No

Fecha de la última transfusión de sangre: \_\_\_\_\_

Nombre (Nombre y Apellido) \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

**Estudios/Exámenes**

	Fecha	
Última mamografía (mujer)		
Último Papanicolaou		
Última colonoscopia o sigmoidoscopia		
Última densitometría ósea		
Otro		

**Historia Social**

Estado Civil:  Soltero  Casado  Sociedad doméstica  Divorciado  Viudo

¿Tiene hijos?  Sí  No Si responde sí, indique cuántos hijos: \_\_\_\_\_

Ocupación (anterior, si está retirado): \_\_\_\_\_  Retirado

¿Ha servido en las fuerzas armadas?  Sí  No Si responde sí, indique las fechas de servicio \_\_\_\_\_

¿Tiene usted un Directiva Anticipada, Poder Notarial, Testamento en Vida?  Sí  No

Si tiene uno de estos, por favor tráigalos con usted en su próxima cita

Actualmente utiliza productos de tabaco:

Sí Uso diario:  Cigarrillos: \_\_\_\_\_  Puro: \_\_\_\_\_  Pipa: \_\_\_\_\_  Tabaco de mascar: \_\_\_\_\_  No

¿Durante cuántos años ha utilizado el producto de tabaco indicado arriba? \_\_\_\_\_  No

¿Alguna vez ha utilizado productos de tabaco?  Sí  No

Si responde sí, uso por día:  Cigarrillos: \_\_\_\_\_  Puro: \_\_\_\_\_  Pipa: \_\_\_\_\_  Tabaco de mascar: \_\_\_\_\_

¿Cuándo lo dejó? \_\_\_\_\_ ¿Durante cuántos años utilizó el producto de tabaco indicado arriba? \_\_\_\_\_

¿Cuántas porciones de vino, cerveza, u otras bebidas alcohólicas consume en un día? \_\_\_\_\_ ¿Por semana? \_\_\_\_\_

¿Tiene usted antecedentes de alcoholismo?  Sí  No

¿Ha usado drogas ilegales?  Sí  No

Si responde sí, ¿cuáles? \_\_\_\_\_

¿Utiliza marihuana?  Sí  No

¿Qué hace para ejercitarse? \_\_\_\_\_ ¿Cuántas veces por semana? \_\_\_\_\_

**Historia Familiar: Por favor incluya la edad a la que se diagnosticaron**

	Abuelos		Abuelas		Padres		Hermanos		Hijos	
	Paterno	Materno	Paterno	Materno	Padre	Madre	Hermano	Hermana	Hijo	Hija
Cáncer:										
Seno										
Colón/Rectal										
Pulmón										
Melanoma										
Ovarios										
Páncreas										
Próstata										
Estómago / Gástrico										
Uterino /										

Endometrial										
Otro:										

Nombre (Nombre y Apellido) \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

**Síntomas: Marque todos los que correspondan o Ninguno**

¿Siente dolor?  Sí  No

Si responde sí, ¿dónde? \_\_\_\_\_ Intensidad (1-10) \_\_\_\_\_ Frecuencia: \_\_\_\_\_

**General:**

- Cambios de apetito
- Pérdida de peso
- Fatiga
- Debilidad generalizada
- Fiebre o escalofríos
- Sudores nocturnos
- Sofocos/Bochornos
- Ninguno

**Ojos:**

- Anteojos/Lentes de contacto
- Visión borrosa
- Visión doble
- Ojos resecos
- Ninguno

**Oídos, nariz, boca, garganta:**

- Pérdida de la audición
- Sangrado nasal
- Problemas de sinusales
- Problemas dentales
- Ronquera
- Dolor de garganta
- Encías sangrantes
- Ninguno

**Corazón:**

- Dolor en el pecho
- Latidos irregulares
- Pies, tobillos o manos hinchados
- Ninguno

**Pulmones:**

- Tos persistente
- Tos/Expectoración con sangre
- Dificultad para respirar
- Sibilancia
- Producción de esputo o flemas
- Ninguno

**Digestivo:**

- Dificultad al tragar
- Acidez frecuente
- Náuseas
- Vómitos
- Diarrea
- Estreñimiento
- Heces negras
- Cambio en los hábitos intestinales
- Hemorroides
- Dolor abdominal
- Ninguno

**Genitourinarios:**

- Dolor/Ardor al orinar
- Excesiva micción nocturna
- Excesiva micción en el día
- Lentitud para iniciar o terminar
- Incontinencia
- Sangre en la orina
- Ninguno

**Solamente hombres...**

- Infecciones de la próstata
- Impotencia

**Solamente mujeres...**

- Secreciones o sangrado vaginal
- Relaciones sexuales dolorosas

**Ginecológicos/Senos:**

- Sensibilidad en los senos
- Nódulos en los senos
- Cambios en la piel de los senos
- Secreción de los pezones
- Secreción vaginal
- Resequedad vaginal
- Sangrado vaginal
- Dolor pélvico

**Huesos, articulaciones, músculos:**

- Calambres
- Dolor de las articulaciones
- Inflamación de las articulaciones
- Dolor de huesos
- Dolor muscular
- Dolor de espalda
- Ninguno

**Endocrino:**

- Intolerancia al calor
- Intolerancia al frío
- Sudoración excesiva
- Aumento de sed
- Ninguno

**Sistema nervioso:**

- Dolores de cabeza
- Mareos o Vértigo
- Desmayos
- Convulsiones
- Coordinación deficiente
- Debilidad en piernas o brazos
- Insensibilidad de brazos o piernas
- Ninguno

**Inmunológico:**

- Reacciones alérgicas graves
- Infecciones frecuentes o graves
- Alergia al polen/Fiebre del heno
- Ninguno

**Piel:**

- Erupción cutánea/urticaria/comezón
- Piel reseca
- Una llaga que no sana
- Ninguno

**Trastornos de la Sangre:**

- Se amorata con facilidad
- Sangrado anormal
- Nódulos linfáticos agrandados
- Ninguno

**Psiquiátricos:**

- Ansiedad
- Depresión
- Problemas para dormir/Insomnio
- Confusión
- Pérdida de memoria
- Ninguno