Diabetes and Endocrinology
CLINICAL CONSULTANTS OF TEXAS

HISTORIA MÉDICA

Esta forma es confidencial v va a ser parte de su expediente médico

Clínica:

❑ **DECCT DALLAS** 12606 Greenville Ave., Suite 200, Dallas, TX 75243

❑ **DECCT ROCKWALL** 890 Rockwall Parkway, Suite 102, Rockwall, TX 75032

Nombre */Name:* _____ **Fecha** */ Date:* _____

Dirección */ Address:* _____ **Fecha de Nacimiento** */ DOB:* _____

Médico que refiere o médico de cabecera: _____
Referring Provider/Primary Care Provider

POR FAVOR DESCRIBA LA RAZÓN DE SU VISITA:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

ANTECEDENTES MÉDICOS:

¿TIENE O HA TENIDO ALGUNA DE LAS SIGUIENTES CONDICIONES? (Cheque las que sean necesaries y escriba la fecha aproximada que fue diagnosticado-a):

CONDICIÓN	FECHA (Mes/Año)
❑ Diabetes	_____
❑ Presión alta:	_____
❑ Colesterol Alto ❑ Triglyceridós altos	_____
❑ Infartos del corazón / Cirugia coronaria	_____
❑ Insuficiencia cardiaca	_____
❑ Derrame-cerebral stroke	_____
❑ Tiroides hiperactiva	_____
❑ Tiroides inactiva	_____
❑ Bocio o nódulos en la tiroides	_____
❑ Cáncer en la tiroides	_____
❑ Osteoporosis	_____
❑ Nivel de calcio alto o bajo	_____
❑ Cirugia para obesidad	_____
❑ Deficiencia de hormonas sexuales	_____
❑ Otros problemas médicos serios:	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

OPERACIONES ANTERIORES:

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

INFORMACIÓN DE FARMACIA:

Nombre de Farmacia: _____
Dirección: _____
Teléfono de Farmacia #: _____

ALERGIAS:

IES UD. ALÉRGICO A ALGÚN MEDICAMENTO, SUPLEMENTO O COMIDA? SI ES ASÍ DESCRIBALO AQUÍ:

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

HÁBITOS PERSONALES:

¿Fuma? ❑ Si ❑ No
¿Si es así, cuánto fuma y cada cuanto? _____

¿Ex-fumador? ❑ Si ❑ No
¿Hace cuanto dejó de fumar? _____

¿Usa ud. bebidas alcohólicas? ❑ Si ❑ No
¿Cuantas por semana y que tipo (incluya cerveza)?
_____

¿¿Usa ud. alguna droga no legal? ❑ Si ❑ No
Qué tipo y cuanto por semana? _____

Diabetes and Endocrinology
CLINICAL CONSULTANTS OF TEXAS

HISTORIA MÉDICA

HISTORIA FAMILIAR:

¿SUS PADRES, HER MANOS O HIJOS TIEN EN O HAN TENIDO ALGUNA DE LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

CONDICIÓN	MIEMBRO(S) FAMILIAR(ES)
❑ DIABETES	_____
❑ INFARTOAL CORAZÓN	_____
❑ INSUFICIENCIA CARDÍACA	_____
❑ DERRAME CEREBRAL	_____
❑ COLESTEROLALTO	_____
❑ CÁNCER	_____
❑ AMPUTACIONES	_____
❑ INSUFICIENCIA RENAL	_____
❑ CEGUERA	_____
❑ ENFER DE LA TIROIDES	_____
❑ CIRUGÍA DE LA TIROIDES	_____
❑ OTRAS ENFERMEDADES SERIAS:	
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

PARA TODOS LOS PACIENTES:
¿Tiene usted cualquiera de la condición siguiente?

- ❑ Tos que Dura más de 7 Días
- ❑ Fiebre
- ❑ Sudores de la Noche
- ❑ Piel Positiva Prueba de TB
- ❑ RAYO X de Pecho Anormal
- ❑ Historia de Tubercolis
- ❑ Exposición a Alguien con Tubercolis

PACIENTES DIABÉTICOS:

Haga usted comprueba su azúcar de sangre en casa? _____
¿Si Sí, con qué frecuencia? _____
(Por favor tienen sus resultados o su metro disponible)

¿Cuándo era su último EXAMEN DE OJO DIABÉTICO?

_____

Nombre de Oftalmólogo: _____

¿Sigue usted una DIETA o Plan ALIMENTICIO? _____

Si Sí, por favor describa:

_____

Tienen usted alguna vez recibió EDUCACIÓN DE DIABETES ¿o CLASES? ¿Si sí, cuándo y donde?

_____ / _____

Tienen usted alguna vez participó en un ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN ¿en Diabetes? _____

¿Ha participado alguna vez en ESTUDIOS CLÍNICOS sobre diabetes? _____
¿Estaria interesado-a en saber más sobre ESTUDIOS CLÍNICOS sobre diabetes? _____

¿TIENE UD. ALGUNO DE LOS SIGUIENTE SÍNTOMAS?

- ❑ Sed excesiva
- ❑ Orina excesivamente
- ❑ Orina en la noche
- ❑ Azucar muy bajo
- ❑ Problemas de riñiones
- ❑ Boca seca
- ❑ Infecciones frecuentes
- ❑ Infecciones en los pies
- ❑ Úlceras o heridas en los pies
- ❑ Problemas sexuales
- ❑ Maree al levantarse
- ❑ Dolor en el pecho
- ❑ Falla de aire, ahogo
- ❑ Pies hinchados
- ❑ Adormecimiento, hormigueo ¿donde?: _____
- ❑ Dolor ardoroso, ¿donde?: _____
- ❑ Ganancia de peso, ¿cuánto? _____
- ❑ Pérdida de peso, ¿Cuánto?? _____
- ❑ Problemas de vista
- ❑ Problemas de equilibri
- ❑ Caídas
- ❑ Náusea o vómito
- ❑ Problemas de encias o dientes
- ❑ Otros problemas: _____

PARA MUJERES DE EDAD FÉRTIL:

¿Está embarazada o podria estar embarazada?_____
Fecha del ultimo periodo _____ / _____ / _____
¿Tiene los tubos ligaos? _____ Histerectomía _____
Si Sí, por favor describa: _____

_____
_____
_____
_____
_____

Si necesita una hoja adicional, solicitela en la RECEPCIÓN.

"Hago constar que la información suministrada es verdadera hasta donde yo conozco. Entiendo que suministrar información FALSA o INCOMPLETA INTENCIONALMENTE, puede resultar en la terminación de la relación médico-paciente"

Firma del paciente, padre (en case de menores de 18 años) o encargado legal:

_____ Fecha: _____

Nombre (en letra de imprenta):

_____

Diabetes and Endocrinology
CLINICAL CONSULTANTS OF TEXAS

HISTORIA MÉDICA

LISTA DE MEDICINAS Y SUPLEMENTOS (incluya la INSULINA)

Favor traer **todas** sus medicinas o una lista actualizada a **todas** sus consultas. **POR SU SEGURIDAD**, informe a la enfermera o el doctor de **CUALQUIER CAMBIO EN MEDICAMENTOS** O **MEDICAMENTO NUEVO** que esté tomando. **Algunas medicinas pueden causar serios efectos indeseables si se mezclan con otras.** Por es razón necesimatos saber **todo** lo que ested está tomando.

Nombre: _____ *Fecha de Nac:* _____ *Fecha:* _____

Nombre de medicamento y forma (tableta, cápsula, botella, pluma etc.)	**Fuerza** (si la sabe)	**¿Cada cuanto?**	**¿Cómo lo toma?** por boca, intectado, etc.	**Quién lo recetó**

Usted puede bajar y llenar una nueva lista cuando lo considere necesario, del website: diabetesendotx.com