



Cuestionario De La Visita Inicial

Fecha: ___/___/___

Nombre _____
Apellido Primer IS

Fecha de nacimiento: ___/___/___ Hombre Mujer

Médico de referencia/primario _____

Dirección del consultorio de médico _____

¿Cuál es el motivo de su visita hoy?

Ubicación y gravedad del problema

¿Cuánto tiempo ha tenido estos síntomas?

¿Cuándo ocurren los síntomas?

¿Qué empeora los síntomas?

¿Qué hace que los síntomas mejoren? (Incluir medicamentos)

Eres: (marca una) _____ Zurdo _____ Diestro _____ Ambidiestro

¿Los síntomas están relacionados con una lesión? **SÍ NO** ¿La lesión estuvo relacionada con el trabajo? **SÍ NO**

Fecha de la lesión: _____

Título del trabajo o deberes:

¿Estás trabajando actualmente? **SÍ NO** Última fecha de trabajo: _____

Capacidad de trabajo: Tiempo completo/ servicio completo
Medio tiempo/ Trabajo liviano



Mid-Atlantic EPILEPSY & SLEEP CENTER

Revisión de sistemas: (marque lo que corresponda)

Constitucional

- Fiebre
- Sudores nocturnos
- Pérdida de apetito

Cardiovascular

- Dolor en el pecho
- Latido irregular de corazón
- Hinchazón de tobillos o pies

Respiratorio

- Tos crónica/tos con sangre

- Bronquitis

- Dificultad para respirar

Gastrointestinal

- Sangre en las heces/ heces oscuras

- Náuseas/vómitos

- Dolor abdominal

- Estreñimiento

- Diarrea

- Incontinencia intestinalea

Genitourinario

- Ardor al orinar

- Dificultad para iniciar o terminar el chorro urinario

- Sangre en la orina

- Incontinencia Urinaria

- Disfunción sexual

- Pérdida de sensibilidad en los genitales

- Incapacidad para mantener la erección

Endocrino

- Secreción del pezón
- Piel seca
- Pérdida o ganancia del vello corporal

- Pérdida de peso o aumento de peso

- Sed excesiva

Hematológico

- Moretones con facilidad

- Hemorragias nasales

- Antecedentes de sangrado excesivo con cirugías previas

Salud mental

- Ansiedad

- Cambios de comportamiento o estado de ánimo

- Dificultad para dormir o conciliar el sueño

- Sentimientos depresivos

- Episodios de llanto

- Sentimientos de culpa

- Alucinaciones

Musculoesquelético

- Dolor de cuello

- Pérdida de coordinación brazo/mano

- Dolor de espalda

- Dolor o hinchazón en las articulaciones

- Calambres musculares

- Contracciones musculares involuntarias

- Movimiento involuntario

Neurológico

- Dolor ardiente en brazos o piernas

- Visión borrosa o doble

- Confusión

- Disminución del sentido del olfato o del gusto

- Dificultad para tragar

- Mareo

- Entumecimiento facial

- Debilidad facial

- Dolor de cabeza

- Dificultad de escritura

- Dificultad del idioma

- Pérdida de memoria

- Entumecimiento u hormigueo en brazos o piernas

- Habla arrastrada

- Convulsiones

- Problemas para caminar

- Debilidad en brazos o piernas

Enumere el historial médico pasado: _____



Mid-Atlantic EPILEPSY & SLEEP CENTER

Los medicamentos actuales (enumere a continuación)
incluyen remedios a base de hierbas y vitaminas:

Nombre de los medicamentos	Número de miligramos	Número de comprimidos tomados en un día

Mi firma significa que he leído, entendido y respondido con veracidad este formulario médico/

Firma del paciente

Fecha

Revisado por doctor en medicina, Firma