

Departamento de Oncología Radioterápica de St. Joseph Hospital

Historial del paciente

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Historial médico:

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Ataque cardíaco <input type="radio"/> Enfermedad del corazón (coronaria) <input type="radio"/> Marcapasos/Desfibrilador <input type="radio"/> Presión arterial alta <input type="radio"/> Colesterol alto <input type="radio"/> Enfermedad vascular periférica <input type="radio"/> Asma <input type="radio"/> COPD (enfermedad pulmonar obstructiva crónica) <input type="radio"/> Coágulo de sangre (pulmón o extremidad) <input type="radio"/> Biopsia de mama (seno) <input type="radio"/> Huesos rotos <input type="radio"/> Accidente cerebrovascular | <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Problemas de tiroides <input type="radio"/> Anemia <input type="radio"/> Lupus, Fibromialgia or esclerodermia <input type="radio"/> Enfermedad reumatoide <input type="radio"/> Enfermedad inflamatoria intestinal/Crohn's <input type="radio"/> Diabetes <input type="radio"/> Artritis <input type="radio"/> Enfermedades infecciosas (MRSA, VRE, ESBL, TB, Meningitis) <input type="radio"/> Psiquiátrica: _____ <input type="radio"/> Otros canceres: _____ <input type="radio"/> Tratamiento de radiación previo |
|---|---|
- Otro: _____

Cirugías previas	
Nombre de la operación	Fecha

Historial familiar

Padre: Si vive, ¿qué edad tiene?: _____ Si falleció, edad de su muerte: _____ Causa: _____
 Madre: Si vive, ¿qué edad tiene?: _____ Si falleció, edad de su muerte: _____ Causa: _____
 ¿Cuántas hermanas tiene? _____ ¿Cuántos hermanos tiene? _____

Familiares que tiene cáncer (ej. padres, hijos, hermanos ,tías/tíos, primos)				
Relación	Tipo of cáncer	Edad al diagnosticar	Vivo (✓)	Falleció (✓)

Historial social:

¿Cuál es su estado civil? Soltero/a Casado/a Unión libre Divorciado/a Separado Viudo/a
 ¿Quien vive en casa con usted? _____
 ¿Trabaja actualmente? Si No ¿Cual es/era su ocupación? _____
 ¿Ha fumado alguna vez? (cigarrillos/puros/pipa/vapor/cigarrillos electrónicos) Si No
 Si es así ¿Cuánto? _____ ¿Por cuánto tiempo? _____
 ¿Ha dejado de fumar? Si No ¿Hace cuánto tiempo? _____
 ¿Toma bebidas alcohólicas? Si No Si es así, ¿Cuántas bebidas por semana? _____
 ¿Ha dejado de tomar bebidas alcohólicas? Si No de ser así, ¿Hace cuánto tiempo? _____
 ¿Alguna vez ha utilizado drogas ilícitas? Si No- de ser así ¿Qué? _____ ¿Cuánto tiempo? _____
 ¿Ha usado marihuana medicinal? Si No de ser así, ¿con que frecuencia? _____

Favor de indicar cualquier síntoma que tenga actualmente:

General/emocional:

- Cansancio
- Sudores nocturnos
- Fiebre o escalofríos
- Visión borrosa, doble o se ha empeorado
- Problemas dentales
- Depresión o ansiedad

Oídos, nariz & garganta:

- Dificultad al tragar
- Boca seca
- Cambios en la voz
- Sangrado nasal

Neurológico:

- Dolor de cabeza
- Convulsiones
- Entumecimiento, ¿Donde _____
- Debilidad, ¿Donde? _____

Respiratorio:

- Tos seca
- Tos productiva
- Sangre en el esputo (flema)
- Falta de aliento (en reposo o con la actividad)

Cardiovascular:

- Dolor en el pecho
- Latidos irregulares del corazón
- Insuficiencia cardíaca congestiva
- Sangrado
- Se le forman moretones con facilidad

Gastrointestinal:

- Pérdida de peso: de ser así, ¿Cuánto y en que lapso de tiempo? _____
- Cambio en el apetito
- Reflujo
- Náusea
- Vómito
- Diarrea
- Estreñimiento
- Sangre en el excremento
- Incontinencia de excrementos (fecal)
- Hemorroides

Urinario:

- Frecuencia al orinar
- Dificultad al orinar/titubeo
- Dolor al orinar
- Sangre en la orina
- Gotea la orina/incontinencia
- Orina por las noches, ¿Cuántas veces? _____

Ginecológico

- Sangrado vaginal
- Secreción maloliente
- Relaciones sexuales dolorosas:
- Problemas de la piel
- Espasmos/dolor muscular
- Ictericia

Dolor

¿Tiene dolor? Si No de ser así, ¿Dónde?: _____

¿Cuándo empezó el dolor? _____

Describe su dolor (constante, intermitente, agudo, adolorido, sordo, ardor etc.): _____

¿Cuál es el nivel más alto de dolor que ha sufrido en las últimas 24 horas? (0=no dolor, 10=peor dolor)

¿Hay algo que empeore el dolor? _____

¿Hay algo que mejore el dolor? _____

¿Qué medicamento usa para controlar el dolor? _____

Pacientes femeninas

¿Está embarazada o existe alguna posibilidad de que lo esté? Si No

Número de embarazos _____ Número de partos _____ Edad que tenía en el primer parto _____

¿Actualmente tiene periodos menstruales? Si No de ser así, fecha de su último periodo _____

Si no tiene, edad en que tuvo la menopausia _____ Edad en la que tuvo su primer periodo _____

Alguna vez ha tomado:

Medicamentos anticonceptivos Si No de ser así, ¿por cuántos años? _____

Medicamento de reemplazo hormonal Si No de ser así, ¿por cuántos años? _____

Tratamiento de fertilidad Si No de ser así, ¿Qué? y ¿por cuánto tiempo? _____

Fecha de su última mamografía _____ Fecha de su último Papanicolaou _____

Staff use only: Reviewed with patient by nursing _____ Date _____

Lista de Medicamentos

Favor de incluir todos los medicamentos recetados, de venta libre, vitaminas, complementos de hierbas/nutricionales y medicamentos administrados en el consultorio médico (por ejemplo: inyecciones, infusiones intravenosas, quimioterapia, etc.)

Alergias (reacción): _____

Nombre del Medicamento/complemento	Dosis	Cuántas veces lo toma al día (por ejemplo 1,2, conforme lo necesite, etc.)	Razón



Para proteger su privacidad, en caso que necesitemos comunicarnos durante su tratamiento, enumere el orden de preferencia del número (s) al que debemos intentar llamar:

Tel. #1 _____ celular casa trabajo

Nombre y relación con el paciente _____

¿Podemos dejar un mensaje? Si No

Instrucciones especiales: _____

Tel. #2 _____ celular casa trabajo

Nombre y relación con el paciente _____

¿Podemos dejar un mensaje? Si No

Instrucciones especiales: _____

Tel. #3 _____ celular casa trabajo

Nombre y relación con el paciente _____

¿Podemos dejar un mensaje? Si No

Instrucciones especiales: _____

Favor de escribir los nombres y los números de teléfono de los médicos que le están atendiendo actualmente:

Médico de cabecera _____ (____) _____

Médico que le remite: _____ (____) _____

Cirujano _____ (____) _____

Oncólogo _____ (____) _____

Miembro de la familia o el representante autorizado para recibir información médica:

Esta persona deberá proporcionar su nombre, fecha de nacimiento y la contraseña indicada por usted para poder recibir cualquier tipo de información por teléfono debido a las leyes de privacidad HIPPA

Favor de proporcionar la contraseña que desea utilizar para dar la información:

