

Bienvenido a East Carolina Neurology, Inc.

Completar en tinta NEGRA

Nombre del paciente: _____ Fecha de hoy: ___ / ___ / ___ # ECN _____

Dirección postal: _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Nº de teléfono de casa: _____ Número de celular: _____ Paciente Otro _____

Edad: ___ años Fecha de nacimiento: ___ / ___ / ___ Idioma preferido: Español Inglés Otro _____

Si es menor de 18 años: Nombre de la madre _____ Nombre del padre: _____ Vive con: _____

Médico remitente/Ciudad: _____ / _____ Médico de familia/Ciudad: _____ / _____

Nombre de farmacia/Ubicación: _____ / _____ Teléfono de farmacia _____

Motivo de consulta: ¿Cuál es su principal queja / problema y el motivo de esta visita? _____

Historia de enfermedad actual: (Notas del médico) _____

Historia médica pasada: ¿Alguna vez ha tenido problemas o se la ha diagnosticado (círculo y fecha):

| | | | |
|-----------------------|---------------------|------------------------|--------------------------------|
| Anemia | Cáncer | Dolores de cabeza | Enfermedad de úlcera péptica |
| Angina | Claustrofobia | Enfermedad del corazón | Enfermedad vascular periférica |
| Hinchazón del tobillo | Depresión | Presión alta | Epilepsia |
| Ansiedad | Diabetes | VIH / SIDA | Trastorno del sueño |
| Artritis | Trastorno emocional | Presión baja | Problemas de la tiroides |
| Asma | Desmayo | Palpitaciones | Otro: _____ |

Liste todas las cirugías / operaciones: _____ **Fecha (año)** _____

Liste las hospitalizaciones por otros motivos:

| | |
|----------------|--------------------|
| Motivo: | Fecha (año) |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |

| | |
|-----------------------------------|--------------------|
| Liste lesiones anteriores: | Fecha (año) |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |

Revisión de los sistemas:

¿Usted tiene estos síntomas ahora?

General:

- Sí No Fiebre
- Sí No Sudor
- Sí No Escalofríos

Ojos:

- Sí No Visión borrosa en un ojo
- Sí No Visión doble
- Sí No Dolor en los ojos

Oídos, nariz y garganta:

- Sí No Dolor de oído
- Sí No Pérdida de la audición
- Sí No Hemorragia nasal
- Sí No Dolor de garganta
- Sí No Mareo

Cardiovascular:

- Sí No Dolor en el pecho / pesadez

Vías respiratorias:

- Sí No Tos
- Sí No Espujo
- Sí No Falta de aliento

Gastrointestinal:

- Sí No Dificultad para deglutir
- Sí No Dolor de estómago
- Sí No Náusea
- Sí No Vómitos
- Sí No Diarrea
- Sí No Estreñimiento

Genitourinario:

- Sí No Pérdida del control urinario
- Sí No No puede orinar
- Sí No Quema de la orina

Trastornos musculoesqueléticos:

- Sí No Dolor en las articulaciones
- Sí No Rigidez en las articulaciones
- Sí No Inflamación de las articulaciones

Piel / Senos:

- Sí No Erupciones en la piel
- Sí No Tumor mamario
- Sí No Leche en los pechos

Neurológicos:

- Sí No Dolor de cabeza
- Sí No Ataque epiléptico
- Sí No Trastorno del sueño
- Sí No Otro _____

Psicológicos:

- Sí No Depresión

Hematológicas:

- Sí No Anemia
- Sí No Se hace moretones con facilidad
- Sí No Sangrado

Alergia:

- Sí No Erupciones en la piel
- Sí No Urticaria

Historia familiar:

Padre: Vivo / edad _____ Muerto / edad _____ Enfermedades _____

Madre: Vivo / edad _____ Muerto / edad _____ Enfermedades _____

Hermanos: Número _____ Enfermedades _____

Hermanas: Número _____ Enfermedades _____

| | |
|---------------------|--------------------------------|
| FECHA: _____ | FIRMA DEL MÉDICO: _____ |
|---------------------|--------------------------------|

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ # ECN: _____

HISTORIA SOCIAL: Su cargo en el trabajo y tareas: _____

Educación (encierre el último año cursado): 8 9 10 11 12 Universidad 1 2 3 4 Escuela de Posgrado

Estado Civil (círculo) S C D V

Número de hijos / Edades: _____

MEDICAMENTOS QUE ESTÁ TOMANDO: ¿Qué medicamentos / hierbas medicinales toma usted ahora?

| Medicina / Hierbas medicinales | Dosis (mg) | ¿Con qué frecuencia? |
|--------------------------------|------------|----------------------|
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |

ALERGIAS: ¿Es usted alérgico a algún medicamento, alimentos, látex, etc.?

HÁBITOS: ¿Cuáles son sus hábitos?

¿Ejercicio? Promedio de días a la semana _____ ¿Por cuánto tiempo? _____ minutos
¿Haciendo qué? _____

Por lo general, va a la cama (hora) _____ Por lo general, se levanta (hora) _____
¿Fuma? Sí No Cajetillas por día ____ ¿Otros usos del tabaco? _____
¿Alcohol? Sí No ¿Cantidad a la semana? _____
¿Uso de drogas recreativas? Sí No _____
¿Bebidas dietéticas? Sí No ¿Cuántos por día? _____
¿Chocolate? Sí No ¿Cuánto por semana? _____
¿Otras cafeínas? Sí No ¿Cuánto por semana? _____

¿Qué suele comer en sus comidas? (Si no la tiene, indicar "ninguna comida"):
Desayuno (Habitual) Bebidas: _____ Alimentos: _____
Almuerzo (Habitual) Bebidas: _____ Alimentos: _____
Cena (Habitual) Bebidas: _____ Alimentos: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ # ECN: _____

NOTAS DEL MÉDICO:

EXAMEN GENERAL:

PA(D) ____ / ____ PA (I) ____ / ____ En caso de mareos / síncope (decúbito supino) PA ____ / ____

Ambidextración ____ Derecha ____ Izquierda

Soplo carotideo ____ Derecha ____ Izquierda

Rango de movimiento de cuello

____ Flexión hacia delante ____ Extensión

____ Rotación derecha ____ Rotación izquierda

____ Inclinación derecha ____ Inclinación izquierda

Soplo cardíaco _____

Pulso ____ Reg. Irreg.

Espalda _____

Escotadura ciática Derecha ____ Izquierda ____

Dolor con palpación

Fosa poplítea Derecha ____ Izquierda ____

Dolor con palpación

Lasègue Positivo Derecha ____ Izquierda ____

Presión Arterial _____

Peso _____

Temperatura _____

Pulso _____

Circunferencia de la cabeza _____

IMC _____

EXAMEN NEUROLÓGICO:

ESTADO MENTAL

NERVIOS CRANEALES

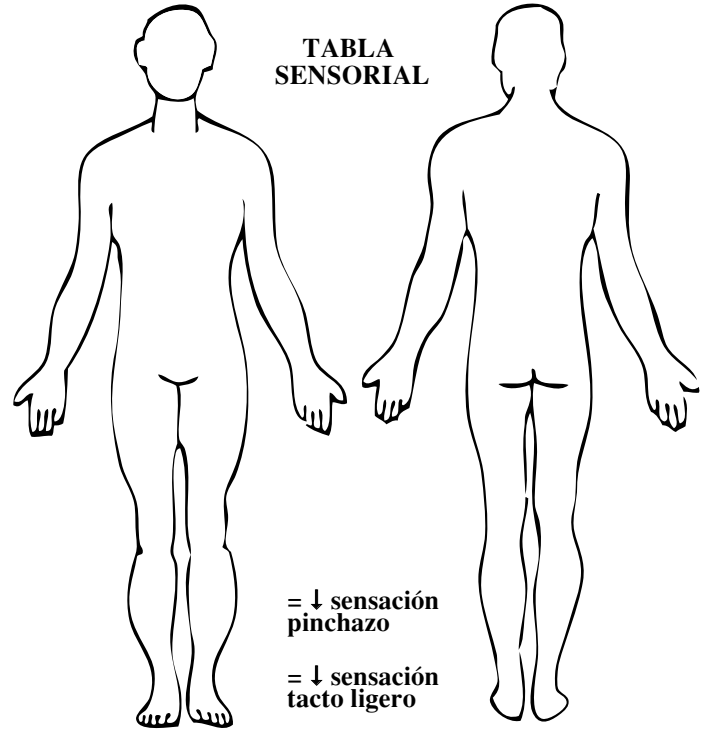
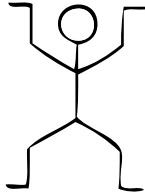
MOTOR

SENSORIAL

CEREBELOS

MOVIMIENTO

REFLEJOS TENDINOSOS



DIAGNÓSTICOS:

- _____
- _____
- _____
- _____

PLAN/ RECOMENDACIÓN:

FECHA: _____ FIRMA DEL MÉDICO: _____