AMERICAN LONGEVITY INSTITUTE

HISTORIA MÉDICA – CONFIDENCIAL

Por favor completar este cuestionario. Esta historia confidencial será parte de sus registros permanentes. GRACIAS.

INFORMACION PERSONAL

Nombre	Seg. Nombre	Apellido	No	Fecha Nacim	Edad
Sexo ☐ M ☐ F		Seguro Social #	Teléfono		Fax
Dirección			E-mail		
Ocupación			Empleador		
Quién le refirió?			Cómo escuchó de nosotros?		
Persona Contacto de Emergencia			Relación		Teléfono

ESTADO DE SALUD ACTUAL

Quejas Principales(s)	Alergia(s)
Medicamentos Actuales	Suplementos Actuales
Tabaco/Cigarro	Alcohol (Tipo, cantidada a la semana)
☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No

HOSPITALIZACIONES Y CIRUGÍAS

©AMERICAN LONGEVITY INSTITUTE, LLC 2013 UNAUTHORIZED DUPLICATION IS ILLEGAL FORM 101

Razón	Año

HISTORIA FAMILIAR

Seleccionar las enfermedades que tienen los miembros afectados de la familia inmediata solamente (padres, hermanos y abuelos).			
☐ Anemia	☐ Glaucoma	☐ Corazón	☐ Alcoholismo
☐ Asma	☐ Sangramiento Fácil	☐ Hipertensión	☐ Osteoporosis
☐ Epilepsia	☐ Hepatitis	☐ Alzheimer's	☐ Diabetes
☐ Derrame Cerebral	☐ Tiroides	☐ Cancer Mama	☐ Cancer Prostata
☐ Lipidos/Colesterol	☐ Enfermedad Mental	☐ Cancer Ovario	☐ Cancer Testicular
☐ Fractura Cadera	☐ Artritis	☐ Cancer Uterino	☐ Otro Cancer

ENFERMEDADES & SÍNTOMAS

Seleccionar las enfermedades y/o síntomas que ha experimentado en el pasado, ó actualmente.

GENERAL	ACTUAL	PASADO	**GARGANTA**	ACTUAL	PASADO	**GASTRO-INTESTINAL**	ACTUAL	PASADO
Debilidad	☐	☐	Dolor	☐	☐	Dolor Abdominal	☐	☐
Fatiga	☐	☐	Amigdalas	☐	☐	Nausea	☐	☐
Fiebre	☐	☐	Ronquera	☐	☐	Inflado	☐	☐
Escalofríos	☐	☐	Dolor	☐	☐	Eructación	☐	☐
Calores Noches	☐	☐	Dificultad al tragar	☐	☐	Acidez	☐	☐
Desmayo	☐	☐	Infecciones frecuentes	☐	☐	Indigestión	☐	☐
PIEL			**CUELLO**			Hábito Intestinal Irregular	☐	☐
Cambios de color	☐	☐	Cuello agrandado	☐	☐	Constipación	☐	☐
Cambios uñas	☐	☐	Cuello rígido	☐	☐	Diarrea	☐	☐
Cambios pelos	☐	☐	Dolor	☐	☐	Gas	☐	☐
Lunares	☐	☐	Nódulos	☐	☐	Hemorroides	☐	☐
Erupción	☐	☐	Masas	☐	☐	Poco Apetito	☐	☐
Llagas	☐	☐	**MAMAS**			Intolerancia comidas	☐	☐
Debilidad	☐	☐	Secreción	☐	☐	Sangre heces	☐	☐
CABEZA			Nódulos	☐	☐	Heces oscuras	☐	☐
Dolor cabeza	☐	☐	Dolor	☐	☐	**GENITO-URINARIO**		
Lesiones	☐	☐	Sangrado	☐	☐	Urgencia	☐	☐
Bultos	☐	☐	Pezón anormal	☐	☐	Incontinencia	☐	☐
Fecha Ultimo Examen Vista	/ /		Cambios piel	☐	☐	Esfuerzo/Pujar	☐	☐
Espejuelos	☐	☐	Inflamado	☐	☐	Dolor Espalda	☐	☐
Contactos	☐	☐	**PULMONES**			Orina Frecuente	☐	☐
Cataratas	☐	☐	Tos	☐	☐	Cálculos	☐	☐
			Flema	☐	☐	Ardor	☐	☐

OÍDOS	ACTUAL	PASADO	**PULMONES**	ACTUAL	PASADO	**GENITO-URINARIO**	ACTUAL	PASADO

©AMERICAN LONGEVITY INSTITUTE, LLC 2013 UNAUTHORIZED DUPLICATION IS ILLEGAL FORM 101

Problemas audición	☐	☐	Sangre	☐	☐	Mojar la cama	☐	☐
Sordera	☐	☐	Falta de Aire	☐	☐	Chorro Pequeño	☐	☐
Zumbido	☐	☐	Sibilancias	☐	☐	Secreción	☐	☐
Secreción	☐	☐	Dolor	☐	☐	Impotencia	☐	☐
Dolor de oidos	☐	☐	Congestión	☐	☐	Goteo	☐	☐
Comezón	☐	☐	Exposición A Inhalantes	☐	☐	Orina turbia	☐	☐
Mareo	☐	☐	**CORAZÓN**			Urine Color		
Habitacion gira	☐	☐	Soplo	☐	☐	Manchado entre los períodos	☐	☐
NARIZ			Palpitaciones	☐	☐	Calambres menstruales	☐	
Olfato disminuido	☐	☐	Latidos rápidos	☐	☐	Secreción	☐	☐
Sangra	☐	☐	Hinchazón en las extremidades	☐	☐	Comezón	☐	☐
Dolor	☐	☐	Extremidades frías	☐	☐	Relaciones sexuales dolorosas	☐	☐
Secreción	☐	☐	Dolor en el pecho / Presión	☐	☐	Períodos irregulares	☐	☐
Obstrucción	☐	☐	Venas varicosas	☐	☐	Calores	☐	☐
Goteo postnasal	☐	☐	Coágulos de sangre	☐	☐	Tipo Anticoncepción		
Tabique desviado	☐	☐	Extremidades azules	☐	☐	Edad al Primer Período		
Nariz que moquea	☐	☐	SANGRE					
Congestión nasal	☐	☐	Anemia	☐	☐	Duración del Sangrado		
BOCA			Hierro bajo en la sangre	☐		Nº de nacimientos		
Sangrado de las encías	☐	☐	Moretones con facilidad	☐	☐	Nº de Abortos Involuntarios		
LLagas	☐	☐	Sangrado fácil	☐	☐	Nº de Abortos		
Problemas dentales	☐	☐	Nódulos inflamados	☐	☐			
Mal aliento	☐	☐	Nódulos dolorosas	☐	☐	Flujo Menstrual	☐ Fuerte ☐ Mod.	☐ Ligero
Pérdida del gusto	☐	☐	Azúcar en la sangre	☐	☐	Último Período		
Boca seca	☐	☐	Puntos rojos	☐	☐	Último Papanicolau		
Úlceras	☐	☐		☐	☐	Último Examen Vaginal		
Ampollas	☐	☐	**PSIQUIÁTRICO**	☐	☐	Último Mamograma		
			Hiperventilación	☐	☐	Último Examen Próstata		
NEUROLÓGICO			Inseguridad	☐	☐	**MUSCULO ESQUELÉTICO**		
Convulsiones	☐	☐	Depresión	☐	☐	Dolor muscular	☐	☐
Vértigo	☐	☐	Problemas de sueño	☐	☐	Debilidad muscular	☐	☐
Mareo	☐	☐	Irritable	☐	☐	Calambres musculares	☐	☐
Temblor mano	☐	☐	Indecisión	☐	☐	Espasmos musculares	☐	☐
Pérdida de sensibilidad	☐	☐	Tímido	☐	☐	Rigidez en las articulaciones	☐	☐
Incoordinación	☐	☐	Alucinaciones	☐	☐	Dolor en las articulaciones	☐	☐
Pérdida de anatomía facial	☐	☐	Pérdida de memoria	☐	☐			

©AMERICAN LONGEVITY INSTITUTE, LLC 2013 UNAUTHORIZED DUPLICATION IS ILLEGAL FORM 101

Agarre débil	☐	☐	Alcoholismo	☐	☐	**IMMUNIZATION / VACCINATION**	
Parálisis	☐	☐	Drogadicción	☐	☐	DPT	☐
Dificultad al hablar	☐	☐	Dependiente de drogas	☐	☐	Paperas	☐
Hormigueo	☐	☐	Pensamientos suicidas	☐	☐	Viruela	☐
Pérdida de memoria	☐	☐	Preocupación extrema	☐	☐	Tifoidea	☐
Entumecimiento	☐	☐	Problemas sexuales	☐	☐	Tétanos	☐
ENDOCRINO			**TIPO de SANGRE**			Measles	☐
Pérdida de peso	☐	☐	A+ ☐	A- ☐		Neumocócica	☐
Aumento de peso	☐	☐	B+ ☐	B- ☐		Influenza	☐
Delgadez severa	☐	☐	AB+ ☐	AB- ☐		Polio	☐
Intolerancia calor	☐	☐	O+ ☐	O- ☐		MMR	☐
Intolerancia al frío	☐	☐					
Cambios cabello	☐	☐					
Cambios senos	☐	☐					

ANTECEDENTES MÉDICOS. Marque los que haya tenido en el pasado

Fiebre de heno	☐	Parásitos	☐
Paperas	☐	Epilepsia	☐
Fiebre reumática	☐	Parálisis	☐
Alergias	☐	Polio	☐
Angina	☐	Enfermedad mental	☐
Cáncer	☐	Alcoholismo	☐
Tumor	☐	Depresión	☐
Enfermedad sangre	☐	Ataque de nervios	☐
Leucemia	☐	Migraña	☐
Problemas corazón	☐	Gota	☐
Venas varicosas	☐	Hemorroides	☐
Flebitis	☐	Problemas de próstata	☐
Hipertensión	☐	Problemas sexuales	☐
Infarto Cerebral	☐	Gonorrea	☐
Úlceras	☐	Sífilis	☐
Ictericia	☐	Diabetes	☐
Problemas piel	☐	Problema de la vejiga	☐
Cálculos biliares	☐	Cálculos renales	☐
Problemas hígado	☐	Infecciones renales	☐
Hepatitis	☐	Disentería	☐

TRANSFUSIONES DE SANGRE
Fecha_____
Fecha_____
Fecha_____
Fech_____

Fecha Última Radiografía Pecho _____☐ Normal ☐ Anormal
Última Prueba Piel TB _____☐ Normal ☐ Anormal
Alergias: _____
_____
_____
_____

COMPOSICIÓN CORPORAL

©AMERICAN LONGEVITY INSTITUTE, LLC 2013 UNAUTHORIZED DUPLICATION IS ILLEGAL FORM 101

¿Utiliza suplementos para ganar/pérdida de peso? En caso afirmativo, explique.
Liste cualquier intolerancia a ciertos alimentos.

EJERCICIO

Utilice la siguiente tabla para evaluar los siguientes ejercicios:	
Frecuencia	El número de veces por semana que participar en este ejercicio
Intensidad	1 = Ejercicio aeróbico ligero (caminar normal, golf): # _____ veces / semana 2 = Actividades deportivas y aeróbico bajo-moderado (voleibol recreativo,caminar velocidad moderada): # _____ veces / semana 3 = Actividades aeróbicas moderadas (montar bicicleta normal, correr, ejercicios aeróbicos de bajo impacto): # _____ veces / semana 4 = Actividades aeróbicas y actividades deportivas moderadamente altas e intermitentes (tenis , escalera, squash): # _____ veces / semana 5 = Actividades de alta intensidad que provocan respiración rapida sostenida y transpiración (correr, ciclismo distancia): #_____ veces / semana
Duración	¿Cuántos minutos de ejercicio hace por sesión?

FUNCIÓN COGNITIVA

Seleccione sólo las afirmaciones que se aplican a usted.	
☐ Olvido citas frecuentemente.	☐ Con frecuencia olvido qué estaba buscando.
☐ Rara vez me sineto energético/a.	☐ Mis amigos y familia creen que ahora estoy más olvidadizo/a.
☐ Los pequeños problemas me molestan ahora más que antes.	☐ Me cuesta concentrarme incluso por una hora.
☐ Me toma más tiempo que antes para aprender algo nuevo.	☐ Con frecuencia olvido el punto que estoy tratando de exponer.
☐ Para sentirme con agudeza mental, dependo de la cafeína.	

SUEÑO

¿A qué hora se levanta?	¿A qué hora se acuesta?	¿Se siente refrescado cuando se levanta?	¿Utiliza ayuda para dormir?
		☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
¿Cuánto tiempo le toma para conciliar el sueño?		¿Cuántas veces se despierta durante la noche?	

HOMBRES

Seleccione sólo las afirmaciones que se aplican a usted.	
☐ Fatiga, cansancio, pérdida de energía	☐ Ansiedad, nerviosismo
☐ Irritabilidad, ira, mal humor	☐ Problemas de relación con la pareja
☐ Libido baja	☐ Disfunción eréctil durante las relaciones sexuales
☐ Erecciones matutinas disminuidas	☐ Disminución de la intensidad de los orgasmos

©AMERICAN LONGEVITY INSTITUTE, LLC 2013 UNAUTHORIZED DUPLICATION IS ILLEGAL FORM 101

☐ Dolor de espalda, dolor en las articulaciones, rigidez	☐ Pérdida de la aptitud física
☐ Pérdida de memoria, disminución de la concentración	☐ Sensación de sobre-estrés

MUJERES

Seleccione sólo las afirmaciones que se aplican a usted.	
☐ El ciclo menstrual es irregular	☐ Pérdida de cabello en parte superior de la cabeza
☐ El ciclo menstrual es demasiado corto (<27 días), o demasiado largo (> 31 días)	☐ La parte inferior del vientre está hinchada
☐ Períodos pesados	☐ Exceso pelos/vellos en la cara
☐ Los periodos son continuamente dolorosos	☐ Sofocos/Calores
☐ El flujo menstrual es muy escaso	☐ Ansiedad
☐ Menopausia	☐ Los pechos están hinchados y sensibles o dolorosos antes del período

TERAPIA DE REEMPLAZO HORMONAL - CUESTIONARIO

¿Tiene alguna experiencia con la terapia de reemplazo hormonal? En caso afirmativo, explique.
☐ Si ☐ No
¿Hay algún tratamiento que usted está particularmente interesado? En caso afirmativo, explique.
☐ Si ☐ No
¿Qué espera ganar con la terapia de reemplazo hormonal?

DIVERSO

Por favor, incluya cualquier información adicional que deberíamos saber.

©AMERICAN LONGEVITY INSTITUTE, LLC 2013 UNAUTHORIZED DUPLICATION IS ILLEGAL FORM 101

Firma del Paciente	Nombre	Fecha
Firma del Doctor	Nombre	Fecha

©AMERICAN LONGEVITY INSTITUTE, LLC 2013 UNAUTHORIZED DUPLICATION IS ILLEGAL FORM 101