



Protocol #: _____ Subj. Initials ____ _ Subj. # _____

Visit Date ____/____/____

Version #2

Por favor, marque la (s) casilla de verificación o un comentario si no aparecen las aclaraciones necesarias. **Indique el año de diagnóstico junto a cada condición que se aplica a usted.**

Historia Médica

Sistema Neurológico -
<input type="checkbox"/> Convulsiones _____ <input type="checkbox"/> Mareos _____ <input type="checkbox"/> Adormecimiento/cosquilleo en Brazos/piernas _____ <input type="checkbox"/> Desmayos _____ <input type="checkbox"/> Ataques cardiacos fulminantes _____ <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza _____ <input type="checkbox"/> Neuropatía diabética periférica _____
Ojos -
<input type="checkbox"/> Miope _____ <input type="checkbox"/> Hipermetrópe _____ <input type="checkbox"/> Visión borrosa _____ <input type="checkbox"/> Glaucoma _____ <input type="checkbox"/> Cataratas _____ <input type="checkbox"/> Problemas de Retina _____ <input type="checkbox"/> Ceguera _____ <input type="checkbox"/> Lentes de visión _____
Oídos -
<input type="checkbox"/> Zumbido en los oídos _____ <input type="checkbox"/> Pérdida de audición _____ <input type="checkbox"/> Infecciones frecuentes en los oídos _____ <input type="checkbox"/> Aumento de la producción de cerumen _____ <input type="checkbox"/> Vértigo _____
Nariz -
<input type="checkbox"/> Congestión Nasal _____ <input type="checkbox"/> Alergias crónicas _____ <input type="checkbox"/> Problemas de sinusitis _____ <input type="checkbox"/> Sangrado nasal _____ <input type="checkbox"/> Goteo nasal _____ <input type="checkbox"/> Tabique Desviado _____ <input type="checkbox"/> Pólipos nasales _____
Garganta / Boca -
<input type="checkbox"/> Problemas al tragar _____ <input type="checkbox"/> Amigdalitis _____ <input type="checkbox"/> Boca seca _____ <input type="checkbox"/> Dolor de garganta/tos _____ <input type="checkbox"/> Llagas bucales _____ <input type="checkbox"/> Amigdalectomía _____
Hematológico / Linfático -
<input type="checkbox"/> Desordenes sanguíneos _____ <input type="checkbox"/> Anemia _____ <input type="checkbox"/> Inflamación crónica de las glándulas _____ <input type="checkbox"/> Problemas de sangrado _____ <input type="checkbox"/> Transfusiones de sangre _____ <input type="checkbox"/> Inflamación de los ganglios linfáticos _____
Respiratorio -
<input type="checkbox"/> Asma _____ <input type="checkbox"/> Enfisema _____ <input type="checkbox"/> Pulmón colapsado _____ <input type="checkbox"/> Tos crónica _____ <input type="checkbox"/> Tuberculosis _____ <input type="checkbox"/> Falta de aliento _____ <input type="checkbox"/> Bronquitis _____ <input type="checkbox"/> Neumonía _____ <input type="checkbox"/> EPOC _____ <input type="checkbox"/> Toser con sangre o flema _____
Cardiovascular-
<input type="checkbox"/> Dolor de pecho _____ <input type="checkbox"/> Presión Sanguina alta _____ <input type="checkbox"/> Ataque de corazón _____ <input type="checkbox"/> Arteriosclerosis _____ <input type="checkbox"/> Latidos del corazón irregulares _____ <input type="checkbox"/> Pulso lento _____ <input type="checkbox"/> Marca paso _____ <input type="checkbox"/> Coágulos de sangre _____ <input type="checkbox"/> Varices _____ <input type="checkbox"/> Fiebre reumática _____ <input type="checkbox"/> Telangiectasias _____ <input type="checkbox"/> Colesterol alto _____ <input type="checkbox"/> Prolapso Valvular Mitral _____
Otro-
Explique: _____

Patient Signature _____



Protocol #: _____ Subj. Initials ____ _

Subj. # _____

Visit Date ____/____/____

Version #2

Por favor, marque la (s) casilla de verificación o un comentario si no aparecen las aclaraciones necesarias. **Indique el año de diagnóstico junto a cada condición que se aplica a usted.**

Gastrointestinal-
<input type="checkbox"/> Estomago/Gástrico/Ulcera duodenal _____ <input type="checkbox"/> Hernia hiatal _____ <input type="checkbox"/> Acidez _____ <input type="checkbox"/> Náuseas / Vómitos _____ <input type="checkbox"/> Reflujo _____ <input type="checkbox"/> Distensión abdominal/Calambres _____ <input type="checkbox"/> Estreñimiento/Diarrea _____ <input type="checkbox"/> Síndrome del Intestino Irritable _____ <input type="checkbox"/> Colectomía _____ <input type="checkbox"/> Problemas de la vesícula biliar o Piedras _____ <input type="checkbox"/> Herniorrafia _____ <input type="checkbox"/> Problemas de páncreas _____ <input type="checkbox"/> Colitis ulcerosa _____ <input type="checkbox"/> Hemorroide _____ <input type="checkbox"/> Apendectomía _____ <input type="checkbox"/> Diverticulosis/Diverticulitis _____ <input type="checkbox"/> Sangrado gastrointestinal _____ <input type="checkbox"/> Colon espástico _____
Hepatico-
<input type="checkbox"/> Cirrosis _____ <input type="checkbox"/> Ictericia amarilla _____ <input type="checkbox"/> Hepatitis A o B o C _____ <input type="checkbox"/> Historia de la elevación de las pruebas de función hepática _____
Endocrino / Metabólico-
<input type="checkbox"/> Hipoglucemia / Hiperglucemia _____ <input type="checkbox"/> Hipertiroidismo _____ <input type="checkbox"/> hipotiroidismo _____ <input type="checkbox"/> Diabetes _____
Insuficiencia renal / Genitourinario -
<input type="checkbox"/> Problemas del riñón / Piedras _____ <input type="checkbox"/> Frecuentes infecciones urinarias _____ <input type="checkbox"/> Ardor al orinar _____
SI ES MUJER :Último Periodo Menstrual ____/____/____
<input type="checkbox"/> Pre menopáusico _____ <input type="checkbox"/> Pos menopáusica _____ <input type="checkbox"/> Enfermedad fibroquística de las mamas _____ <input type="checkbox"/> Fibroides en el Útero _____ <input type="checkbox"/> Quiste de ovario _____ <input type="checkbox"/> Ligadura de trompas _____ <input type="checkbox"/> Histerectomía _____
Hombres o Mujeres con algún problema con los órganos reproductores :
<input type="checkbox"/> Problemas de próstata _____ <input type="checkbox"/> Trastornos Hormonales _____ <input type="checkbox"/> Picor / dolor / enrojecimiento en el área genital _____
Trastornos Musculoesqueléticos -
<input type="checkbox"/> Problemas musculares _____ <input type="checkbox"/> Fracturas de huesos _____ <input type="checkbox"/> Osteo o reumatoide _____ <input type="checkbox"/> Dolor de espalda _____ <input type="checkbox"/> Calambres en las piernas _____ <input type="checkbox"/> Gota _____ <input type="checkbox"/> Tendinitis _____ <input type="checkbox"/> Bursitis _____ <input type="checkbox"/> Fibromialgia _____
Dermatológico -
<input type="checkbox"/> Eczema _____ <input type="checkbox"/> Herpes _____ <input type="checkbox"/> Urticaria _____ <input type="checkbox"/> Erupciones _____ <input type="checkbox"/> Psoriasis _____ <input type="checkbox"/> Piel Seca _____ <input type="checkbox"/> Acne _____

Patient Signature _____



Florida Institute for Clinical Research

Humberto Cruz, D.O.
Medical Director

Maria Lopez, CCRC
Research Director

Protocol #: _____ Subj. Initials ____ _

Subj. # _____

Visit Date ____/____/____

Version #2

Psiquiátrico -

- Ansiedad _____ Depresión _____ Fatiga _____ Mareos _____
- Inquietud _____ Insomnio _____ Bipolar _____
- Cualquier hospitalización por enfermedad psiquiátrica _____

Cáncer :

- Historia de cáncer

En caso afirmativo: ¿Cuándo? _____/_____

¿Qué tipo? _____/_____

Patient Signature _____