

Centro Médico de Neurología
Neurologic Care Associates, P.C

3340 South Oak Park Avenue *Suite 200* Berwyn, Illinois 60402 *(708) 783-0222* Fax: (708) 783-0223

Historial clínico presente y pasado
Pertinent Past Medical History Information

Date/fecha: _____
Patient Name/Nombre del paciente: _____

Your input regarding your past medical history and description of your current symptoms is a very important part of the process of developing an accurate diagnosis and treatment plan. Please be as complete as possible in answering the following questions.

Su colaboración con referencia a su historia clínica en el pasado y la descripción de sus síntomas presentes es muy importante para llegar a un diagnóstico concreto y desarrollar un plan de tratamiento. Por favor, sea lo más preciso que pueda al contestar las siguientes preguntas:

Have you ever been injured in an accident or other trauma that involved:
Alguna vez se ha lastimado o ha sufrido algún trauma relacionado con:

	Yes/No	Approx Date/Fecha aproximada
Head Injury/concusion/Contusión o lesión de la cabeza	_____	_____
Neck Injury/Lesión del cuello	_____	_____
Back Injury/Lesión de la espalda	_____	_____

Have you had fainting or blackout spells in the past? / ¿Alguna vez se ha desmayado o sufrido lagunas mentales?

Yes/Sí _____ No _____ Roughly how many? / aproximadamente cuantas? _____

Have you had any major surgeries? /¿Le han hecho operaciones serias?

Type/Tipo de operación	Approximate date/ Fecha aproximada
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Have you been treated for / Ha estado en tratamiento por:

_____ Diabetes/ Diabetes	_____ Stroke/Derrame cerebral
_____ High Blood Pressure /Presión alta	_____ Seizures/ Epilepsy/ Convulsiones/ Epilepsia
_____ Heart Attack/ Ataque o infarto al corazón	

Please list the medications you are taking on a daily basis/ Anote las medicinas que toma diariamente.

Name / Nombre del medicamento	Dose size and schedules if known/ Horarios y dosis, si las sabe
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____
4. _____	_____

Are there any family members who have or have had / Algún miembro de su familia tiene o ha padecido de:

- | | Yes - Sí / No | Relation / Parentesco |
|--|---------------|-----------------------|
| 1) Cancer / Cáncer | _____ | _____ |
| 2) Diabetes / Diabetes | _____ | _____ |
| 3) Heart attack (under the age of 60)
Ataque al corazón (antes de los 60 años) | _____ | _____ |
| 4) Stroke/Derrame Cerebral (antes de los 60 años) | _____ | _____ |
| 5) High blood pressure / Presión alta | _____ | _____ |
| 6) Progressive weakness or other impairment
Debilidad progresiva u otro impedimento | _____ | _____ |

Do you have significant allergies: / Padece de alergias serias:

To pollens / Al polen etc? _____
 To medications or X-Ray dyes _____
 A medicamentos o tinte de Rayos -X _____
 If so, which? / ¿Si es así, a cual? _____

Do you smoke? / ¿Fuma? Yes / Sí _____ No _____
 Packs per day / ¿Cuántas cajetillas al día? _____ # of years / # de años _____
 Rough estimate of alcohol intake? _____
 ¿Aproximadamente cuánto alcohol ingiere al día? _____

Do you exercise on a regular basis: Yes / Sí _____ No _____
 Usual activities / ¿Cuales son sus actividades usuales? _____

Please jot down any other comments about your past medical history or special concerns, facts or fears about your current problem so that we will be sure to address them during the visit.
 Haga el favor de anotar cualquier cosa que usted crea que es importante sobre su historia médica pasada, alguna preocupación en especial, suceso o temores sobre su problema presente para que podamos tocar el tema durante su visita.

Also please try to organize in your mind a description of your recent symptoms, the time of onset, etc. Por favor trate de organizar sus ideas y haga un recuento detallado mentalmente de sus síntomas más recientes, cuando comenzaron, cómo se iniciaron, etc.

Gracias por su cooperación.