

## Historia clínica de paciente nuevo - Neurología

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Remitido por:** \_\_\_\_\_

**PCP [médico de cabecera]:** \_\_\_\_\_ **Correo electrónico:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**Motivo de la evaluación:** \_\_\_\_\_

**¿Cuáles son sus objetivos?** \_\_\_\_\_

¿Se ha sometido a alguna de las siguientes pruebas para este problema? Si la respuesta es sí, ¿cuándo y dónde?

**Imágenes por resonancia magnética (MRI)/Tomografía computarizada (CT):** \_\_\_\_\_

**Análisis de sangre:** \_\_\_\_\_ **Electroencefalograma (EEG):** \_\_\_\_\_

**Otras:** \_\_\_\_\_ **Velocidad de conducción nerviosa (NCV)/Electromiografía (EMG):** \_\_\_\_\_

¿Ha estado **hospitalizado(a)** en los últimos dos años? Si la respuesta es sí, ¿por qué/cuándo/dónde? \_\_\_\_\_

**Historia neurológica:** Marque cualquier diagnóstico que tenga:

Accidente cerebrovascular		Neuropatía diabética		Daño cerebral traumático
Accidente isquémico transitorio (AIT)		Meningitis		Enfermedad de Alzheimer
Epilepsia		Hemorragia intracraneal		Síncope/desmayo
Migraña, dolor de cabeza		Otros tipos de convulsiones		Estenosis carotídea (estrechamiento de las arterias carótidas)
Enfermedad de Parkinson		Otros tipos de dolores de cabeza		Otras neuropatías
Esclerosis múltiple		Temblor esencial		Otros tipos de demencia
Otras enfermedades neurológicas:				

**Historia clínica:** Marque cualquier diagnóstico que haya tenido:

Corazón: ataque cardíaco/ enfermedad arterial coronaria		Fibrilación auricular		Degeneración macular
Síndrome del intestino irritable		Enfermedad tiroidea		Cataratas
Insuficiencia cardíaca congestiva		Insuficiencia renal		Glaucoma
Hipertensión/presión alta		Cálculos renales		Diabetes
Colesterol/anomalía lipídica		Úlceras		Asma
Reflujo gastroesofágico		Enfisema/EPOC		
Cáncer:	Tipo:			
Otro:				

**Antecedentes quirúrgicos** - Marque todos los procedimientos a los que se haya sometido:

Apendicectomía		Colecistectomía/extirpación de la vesícula biliar		Miringotomía
Cirugía de columna		Colectomía		Colocación de marcapasos
Cirugía bariátrica		Cirugía estética		Prostatectomía
Cirugía cerebral		Reparación de hernia		Esplenectomía
CABG/cirugía coronaria		Reemplazo de cadera		Tiroidectomía
Extracción de cataratas		Histerectomía		Ligadura de trompas
Parto por cesárea		Artroscopia de rodilla		Vasectomía
Otro:				

Antecedentes familiares	¿Vive?		Edad	Problemas médicos
	Sí	No		
Padre				
Madre				
Hermanos/as				
Hijos/as				

### Antecedentes sociales

Área de enfoque	Sí	No	Información adicional
¿Vive solo(a)?			Si la respuesta es no, ¿quién vive con usted?
¿Hace ejercicio con regularidad?			Si la respuesta es sí, describa:
¿Tiene alguna restricción especial en la alimentación?			Si la respuesta es sí, describa:
¿Consume tabaco o nicotina?			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Fuma puros o cigarrillos?</li> </ul>			¿Cuánto y por cuánto tiempo?:
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Consume tabaco de mascar?</li> </ul>			¿Cuánto y por cuánto tiempo?:
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Vapea o usa cigarrillos electrónicos?</li> </ul>			¿Cuánto y por cuánto tiempo?:
¿Bebe alcohol?			¿Cuánto?
¿Drogas recreativas?			Si la respuesta es sí, ¿cuáles?
Ocupación:			
Educación:			
Diestro(a)			Zurdo(a)

**Alergias**

Alergia	Reacción	Si se controla con medicamentos, indique cuáles

**Medicamentos** - Adjunte más páginas, de ser necesario

Nombre del medicamento	Dosis, unidad, MG	Vía: oral, gotas oftálmicas	Indicaciones: Frecuencia	Finalidad, motivo

**Revisión de sistemas:** Marque con un círculo si presenta alguno de los siguientes síntomas (todos los que se le hayan presentado en el último mes)

**Neurológico:**

Visión doble  
Incontinencia urinaria  
o intestinal  
Vómitos  
Mareos o vértigo

Dificultad para hablar  
Pérdida del equilibrio  
Dolor de cabeza  
Debilidad  
Pérdida de la memoria

Temblores o movimientos  
involuntarios  
Dolor de cuello o espalda  
Caídas o problemas para  
caminar  
Hormigueo o entumecimiento  
Atrofia muscular

**Estado general:**

Pérdida o aumento de peso  
Fiebre  
Fatiga  
Sudores nocturnos  
Sofocos  
Mareos

**Mamas:**

Bulto/masa  
Dolor  
Hinchazón  
Alta  
Cambios en la(s) mama(s)

**Musculoesquelético:**

Dolor de espalda  
Dolor de cuello  
Dolor de articulaciones  
Dolor muscular  
Disminución de la capacidad  
de movimiento

**Ojos:**

Alta  
Quemadura  
Visión doble  
Dolor en los ojos

**Gastrointestinal:**

Náuseas  
Vómitos  
Diarrea/estreñimiento  
Dolor abdominal

**Tegumentario:**

Sarpullido  
Comezón  
Sequedad  
Quemaduras  
Lesiones

**Oídos, nariz, boca  
y garganta:**

Audición disminuida  
Dolor de oído  
Congestión  
Dolor de garganta  
Zumbido en los oídos

**Genitourinario:**

Dolor al orinar  
Sangre en la orina  
Ganas de orinar  
Incontinencia  
Micción frecuente

**Cardiovascular:**

Dolor de pecho  
Palpitaciones  
Desmayo  
Hinchazón en las piernas

**Respiratorio:**

Falta de aire  
Tos/sibilancia  
Producción de esputo  
Expectoración de sangre

**Hematológico/linfático:**

Hematoma  
Sangrado  
Ganglios linfáticos inflamados

**Psiquiátrico:**

Ansiedad  
Depresión  
Pensamientos suicidas  
Alteraciones en el sueño  
Cambios de humor

**Inmunológico**

Fiebre recurrente  
Infecciones recurrentes  
Malestar

**Endocrino:**

Intolerancia al frío o al calor  
Hambre o sed en exceso  
Pérdida de cabello