

# Informe familiar: el historial médico: instrucciones

**(No copie esta página para los pacientes ni la familia.)**

Esta herramienta forma parte de la serie de cuestionarios creados para recolectar información que generalmente es pertinente al diagnóstico diferencial de un problema de memoria.

El “Informe familiar: historial médico” recopila información acerca del paciente: negativas pertinentes, historial laboral y educacional, medicamentos, hábitos de salud y una revisión de sistemas específicos para el diagnóstico diferencial de trastornos de la memoria. Este cuestionario puede completarlo el paciente, su familia o ambos. Algunas secciones recopilan información acerca de problemas de salud actuales y pasados; estos últimos podrían omitirse si el paciente ya se ha recuperado.

# Informe familiar: el historial médico:

## ***Instrucciones***

Para determinar la causa de los problemas de memoria, el médico necesita detalles acerca del historial del paciente, incluidos problemas médicos actuales y anteriores, medicamentos, hábitos de salud e historial familiar. Tal vez sea necesario obtener la información del paciente y de sus familiares.

## ***Nombre***

***del paciente:***

---

***Mi nombre es:***

---

***Mi teléfono es:***

---

**Historial  
médico  
anterior**

¿El paciente se ha visto afectado por alguna de las siguientes patologías médicas? De ser así, ¿cuándo se le detectó por primera vez?

No	Sí	¿Cuándo?	Patología
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Presión sanguínea alta
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Enfermedad cardíaca, angina
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Problema de tiroides
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Colesterol alto
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Ataque apopléjico
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Neuropatía
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Mala circulación
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Diabetes
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Hepatitis
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Herida grave en la cabeza
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Enfermedad de Parkinson
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Alcoholismo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Depresión
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Sífilis u otra enfermedad venérea
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Convulsiones
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Uso de drogas de venta callejera
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Cáncer
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Hematoma o hemorragia cerebral
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Meningitis o encefalitis
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Pérdida auditiva o de la visión grave
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Deficiencia de vitaminas

**Historial  
médico  
actual**

Indique las patologías médicas que actualmente afectan al paciente o por las que en estos momentos recibe tratamiento.

<b>¿Cuándo comenzó?</b>	<b>Patología</b>
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

**Problemas  
médicos  
anteriores**

Indique todas las patologías médicas que el paciente ha sufrido en el pasado, incluso aquéllas que ya no le afectan.

<b>¿Cuándo comenzó?</b>	<b>Patología</b>
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

**Historial  
quirúrgico**

Indique todas las intervenciones quirúrgicas a las que se ha sometido el paciente y la fecha aproximada en que se realizaron.

<b>Fecha</b>	<b>Intervención quirúrgica</b>
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

**Historial  
Psiquiátrico**

Indique todas las patologías psiquiátricas, de salud mental o los tratamientos que ha recibido el paciente, además de la fecha aproximada de inicio de cada una.

<b>Fecha</b>	<b>Patología o tratamiento</b>
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

**Educación  
y  
empleo**

¿Cuál es el nivel más alto de educación formal que el paciente completó? \_\_\_\_\_

¿Qué tipo principal de trabajo realizaba el paciente?

\_\_\_\_\_

¿Qué otros trabajos ha realizado el paciente? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Ha trabajado alguna vez el paciente con productos químicos, solventes o metales pesados (por ejemplo, plomo)? \_\_\_No \_\_\_Sí.  
Si la respuesta es “Sí”, indique con cuáles. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿El paciente tiene antecedentes de haberse expuesto a radiación o a radioterapia?

\_\_\_\_\_No \_\_\_\_\_Sí

¿Ha recibido el paciente alguna vez terapia electroconvulsiva o de “shock”? \_\_\_\_\_No \_\_\_\_\_Sí

¿Ha sido boxeador el paciente? \_\_\_No \_\_\_\_\_Sí

**Evaluación  
previa**

¿Se ha realizado un estudio de imagenología cerebral  
(TC cerebral o MRI)?

\_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Sí

En caso afirmativo, indique la fecha y el lugar.

---

---

¿Le han practicado exámenes de sangre producto de su problema  
de pérdida de memoria?

\_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Sí

En caso afirmativo, indique la fecha y el lugar.

---

---

¿Le habían sometido antes a una evaluación por pérdida  
de memoria?

\_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Sí

En caso afirmativo, indique la fecha y el lugar. \_\_\_\_\_

---

**Historial familiar** Indique qué miembros de su familia han padecido alguna de las siguientes patologías médicas (indique la relación que tienen con usted, no sus nombres).

<b>Patología</b>	<b>Familiar o familiares</b>
Alzheimer o demencia	_____
Enfermedad de Parkinson	_____
Depresión	_____
Ataque apopléjico	_____
Enfermedad cardíaca	_____
Síndrome de Down	_____
Diabetes	_____

**Hábitos de salud** Si el paciente alguna vez ha fumado, ¿cuántos paquetes fumaba al día y por cuántos años? \_\_\_\_\_

Si el paciente ya no fuma, ¿cuándo dejó de hacerlo?

¿El paciente ingiere bebidas alcohólicas casi todos los días?

\_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Sí

Si la respuesta es afirmativa, ¿cuántos tragos diarios, habitualmente? (un trago es una cerveza, 6 onzas de vino o dos onzas de licor fuerte) \_\_\_\_\_



**Historial de medicamentos**

Indique todos los medicamentos de **prescripción** médica que actualmente toma el paciente.

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Concentración y veces al día</b>
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Indique todos los medicamentos **de venta libre** que el paciente actualmente toma al menos una vez por semana.

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Concentración y veces al día</b>
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

**Revisión de sistemas**

¿El paciente se ha visto afectado por alguno de los siguientes problemas durante los últimos meses? Describa brevemente cualquier problema e indique las fechas aproximadas en que se produjeron. Si necesita más espacio, escriba en el reverso de la hoja. Si no ha sufrido el problema, deje el espacio en blanco.

<b>Problema fecha(s)</b>	<b>Descripción,</b>
Cambio de personalidad	_____
Problemas para hablar, encontrar palabras	_____
-	
Debilidad en un lado del cuerpo	_____
Juicio débil	_____
Episodios de confusión severa	_____
Pérdida de la alerta, no puede despertar	_____
Creer algo que obviamente no es verdad	_____
Llora, se molesta sin razón	_____
Pérdida auditiva o de la visión	_____
Problemas con los dientes, encías	_____
Herida producto de una caída	_____
Problemas de equilibrio o de caminar	_____
Ronquido fuerte, jadea para respirar mientras duerme	_____
Falta de aire	_____
Tos crónica	_____
Cambio en los hábitos de evacuación	_____
Sangrado del recto	_____

**Revisión de  
sistemas  
(continuación)**

- Mayor o menor interés en el sexo \_\_\_\_\_
- Problemas al orinar, incontinencia \_\_\_\_\_
- Dolor de huesos o articulaciones \_\_\_\_\_
- Movimiento limitado de brazos, piernas \_\_\_\_\_
- Manchas en la piel que sangren  
o hayan crecido \_\_\_\_\_
- Sequedad o sudación inusual de la piel \_\_\_\_\_
- Cambios de apetito \_\_\_\_\_
- Sed inusual \_\_\_\_\_
- Fatiga extrema \_\_\_\_\_
- Cambio en los hábitos de sueño \_\_\_\_\_
- Pérdida o aumento de peso \_\_\_\_\_
- No puede preparar comidas ni comerlas \_\_\_\_\_

**Cuando haya completado el formulario, entréguelo a:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_