

HISTORIAL MEDICO DEL PACIENTE

Toda esta información sera tratada en una manera confidencial y no será mandada a otra oficina sin su autorización. Por favor tome su tiempo al contestar las preguntas apropiadas a lo mejor de su conocimiento pro que esta información es importante para que el doctor pueda tomar decisiones sobre en su salud.

Fecha: _____ Nombre: _____ Edad: _____
Fecha de nacimiento: _____ Estatura: _____ Peso: _____
Sexo: Masculino Femenino Nombre del doctor que la refirió: _____

Medicamento:

Anote el nombre de toda las medicinas que esta tomando incluyendo las que no sean recetadas:

Alergias: Es alérgico algún medicamento: sí no

Si su respuesta es "sí", anote el medicamento: _____

Cirugías:

Por favor escriba toda cirugía que ha tenido y cualquier complicación:

Historia Medica: (Por favor marque sí o no si padece de las siguientes enfermedades)

	Sí	No		Sí	No		Sí	No
Problemas del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pulmones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Estomago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bronquitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Higado/Riñon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alcoholismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas con ojos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alta Presión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infecciones de la orina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	VIH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Embolios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas con ojos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si padece de alguna otra enfermedad, por favor anótela:

¿Fuma? Sí ¿cuanto? _____ No ¿toma alcohol? Sí ¿cuanto? _____ No

Historia Familiar: (Por favor marque sí o no si su familia inmediata padece de lo siguiente)

	Sí	No		Sí	No		Sí	No
Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de Corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Embolios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artrítis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alta Presión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si contest sí en alguna enfermedad, anote el nombre del pariente y la enfermedad::

Firma de paciente: _____ **Firma de doctor:** _____