

HISTORIAL MEDICO DEL PACIENTE

Nombre: _____
 Sexo _____ Edad _____ Fecha de Nacimiento _____ *Altura _____ *Peso _____

Lista de alergias a medicamentos: _____
Otras Alergias _____

*******Historial Médico Previo*******

- Ataque de Corazon/Enfermedad Caridaca
- Insuficiencia Cardiaca Congestiva
- Pression Alta
- COPD/Enferdad Pulmonar
- Ataque Cerebral

- HIV/ AIDS
- Ataques Epilépticos
- Diabetes
- Apnea de Sueño

- Artritis
- Tuberculosis

- Enfermedad de Riñón Dorsal (especifique) _____
- Desorden de Tiroides (especifique) _____

*******Favor de Marcar lo siguiente*******

- Contitucional:** Pérdida de Peso Fiebre Nada
- Ojos:** Cambios de Vista Nada
- Respiratorio:** Resollar Dificultad al Respirar Nada
- Cardiovascular:** Dolor de Pecho Palpitaciones Nada
- Genitourinario:** Dolor al orinar Sangre en la Orina Nada
- Muscoloesqueletal:** Dolor de coyunturas Nada
- Piel:** Lesión de Piel Nada
- Neurológico:** Entumecimiento/Adormecimiento Nada
- Psiquiátrico:** Depresión Ansiedad Problemas al dormir Nada
- Endocrino:** Intolerancia a la temperatura Nada
- Sanguíneo/ Nodos linfáticos**
 Problemas con Coagulación de sangre Nada
- Alérgico/inmunológico**
 Estornudos Nada

*****Problemas no alistados arriba*****

¿Usa Tabaco? _____ Por cuánto tiempo _____ Cantidad _____
 ¿A dejado? _____ Cuando _____ Hay personas que fuman en el hogar _____
 ¿Toma bebidas alcohólicas? _____ Cuantas diarias _____
 ¿Toma bebidas con cafeína? _____ Cuantas diarias _____

*****Nombre de su Farmacia/ Dirección/ Número de Teléfono*****

*****Medicamentos que toma ahora (nombre, cantidad y frecuencia)*****

Cirugías previas

Problemas con anestesia _____ Que tipo _____

Historial Familiar

Cáncer Diabetes Presión Alta Enfermedad Cardiaca Otra _____

Historial de Nacimiento (Para pacientes menores de 18)

Nacio a tiempo _____ Problemas con la madre durante el embarazo _____
 Problemas Respiratorios _____ Vacunas al Corriente _____