

HISTORICAL MEDICO DEL PACIENTE

Nombre: _____ Fecha: _____

Sexo: M / F Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Altura: _____ Peso: _____

FOR OFFICE USE ONLY: Temperature: _____ Vitals: _____

Lista de alergias a medicamentos y otras alergias: _____

Describe brevemente su problema actual y cuánto tiempo le ha causado problemas: _____

Historial Médico Previo:

- ____ Ataques de Corazon/Enfermedad Caridacas
- ____ Insuficiencia Cardiaca Congestiva
- ____ Pression Alta
- ____ COPD/Enfermedad Pulmonar
- ____ Ataque Cerebral
- ____ HIV/AIDS
- ____ Ataques Epilépticos
- ____ Diabetes
- ____ Apnea de Sueño
- ____ Asma
- ____ Artritis
- ____ Glaucoma / Cataratas
- ____ Tuberculosis
- ____ Cáncer (especifique el tipo) _____
- ____ Enfermedad hepática/ renal (especifique el tipo) _____
- ____ Trastornos de la columna vertebral (especifique el tipo) _____
- ____ Trastornos de la tiroides (especifique el tipo) _____
- ____ Trastorno de sangrado / coagulación (especifique el tipo) _____

Favor de Marcar lo Siguiente:

- Contitucional: _____ Pérdida de Peso _____ Fiebre _____
- Ojos: _____ Cambios de Vista _____
- Respiratorio: _____ Resollar _____ Dificultad as Respirar _____
- Cardiovascular: _____ Dolor de Pecho _____ Palpitaciones _____
- Gastrointestinal: _____ Acidez _____ Náusea _____
- Genitourinario: _____ Dolor al orinar _____ Sangre en la Orina _____
- Musculosqueletal: _____ Dolor de Coyunturas _____
- Piel: _____ Lesión de Piel _____
- Neurológico: _____ Entumecimiento _____ Debilidad _____ Convulsiones _____
- Psiquiátrico: _____ Depresión _____ Ansiedad _____ Desorden del sueño _____
- Endocrino: _____ Intolerancia a la temperatura _____
- Sanguineo/Nodos Linfáticos: _____ Problemas con Coagulación de sangre _____
- Alergias / Inmunológico: _____ Estornudos _____ Irritación de ojo _____

Problemas no mencionados arriba? _____

¿Bebes alcohol? _____ ¿Cuánto? _____

¿Bebidas con cafeína? _____ ¿Cuánto? _____

¿Fumas? _____ ¿Cuántas ves? _____ ¿Dejo? _____ ¿Cuando? _____

Farmacia Preferida: _____ Ubicación y teléfono: _____

Medicamentos actuales: _____

Enumere todas las cirugías anteriores con el año en que fueron realizadas: _____

¿Algún problema relacionado con la anestesia? _____ Si es así, ¿de qué tipo? _____

Por favor, indique los miembros de la familia inmediata que tienen lo siguiente:

Historia familiar: Cáncer _____ Diabetes _____ Alta presion sanguínea _____ Enfermedad del corazón _____

¿Problemas no mencionados? _____

Historial de nacimiento: (para pacientes menores de 18 años)

¿El niño nació a tiempo? _____ Problemas durante el embarazo de la madre? _____

Problemas respiratorios al nacer? _____ Las inmunizaciones actuales? _____

Historia de: Asma _____ Reflujo _____ Convulsiones _____