

Today's Date _____

Updated Dates _____

HISTORIAL MEDICO DEL PACIENTE
(PATIENT MEDICAL HISTORY-SPANISH)

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____
 Apellido _____ Nombre _____ Segundo Nombre _____ (Mes/Día/Año)

Historial Personal de Enfermedades: (Marque cualquier enfermedad pasada o presente)

- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Lesión a la cabeza | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Enfermedad de los pulmones | <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Problemas de la piel |
| <input type="checkbox"/> Migrañas | <input type="checkbox"/> Fiebre del heno | <input type="checkbox"/> Neumonía (pulmonía) | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Gota/Artritis |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Tiroides | <input type="checkbox"/> Úlceras estomacales | <input type="checkbox"/> Abuso de alcohol | <input type="checkbox"/> Colesterol alto |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad mental | <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón | <input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado | <input type="checkbox"/> Enfermedad venérea | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de los ojos | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> Enfermedad del riñón | <input type="checkbox"/> Huesos fracturados | <input type="checkbox"/> Infección de oído recurrente |
| <input type="checkbox"/> Otras _____ | | | | |

CIRUGIAS Y HOSPITALIZACIONES

Año	Cirugía o razón por la hospitalización	Año	Cirugía o razón por la hospitalización
1. _____	_____	5. _____	_____
2. _____	_____	6. _____	_____
3. _____	_____	7. _____	_____
4. _____	_____	8. _____	_____

ALERGIAS

¿Es usted alérgico(a) algún medicamento? Sí No Si contesto sí, porque _____
 ¿Alguna otra alergia (látex, hule, etc.)? _____

HISTORIAL FAMILIAR

¿Hay un historial de las siguientes enfermedades en su familia? Por favor indique que pariente.

<u>ENFERMEDAD</u>	<u>QUE PARIENTE</u>	<u>ENFERMEDAD</u>	<u>QUE PARIENTE</u>
Cáncer	_____	Enfermedad del corazón	_____
Embolia	_____	Presión arterial alta	_____
Diabetes	_____	Tabaco/Abuso de Alcohol	_____
Asma/Enfermedad de los pulmones	_____	Reacción a la anestesia	_____
Depresión	_____	Otra	_____

HISTORIAL SOCIAL

Casado/a Viudo/a Soltero/a Divorciado/a Ocupación _____
 Esta usted en una relación donde se siente inseguro(a): Sí No
 Hijos: No Sí – Cuantos _____ ¿Usa Cafeína?: No Sí – Cuanto _____
 Ejercicio: No Sí – Que tan seguido _____ (café, té, coca cola)
 ¿Usa drogas?: No Sí – Que tan seguido _____ Uso de Alcohol: No Si – Cuanto _____
 (Marijuana, LSD, Heroína, Metanfetamina, etc.)
 ¿Usa tabaco?: No Si lo dejo, cuanto tiempo fumo? _____ Sí – Cuanto _____ Año que empezó _____

¿Tiene un Testamento en vida/Declaraciones Anticipadas? Sí No ¿Tenemos una copia? Sí No

