



Historial Médico

Nombre del paciente: _____ Años: _____ Altura: _____ Peso: _____

¿Es el paciente derecho o zurdo?: _____ Razón de la visita: _____

Historia Familiar

¿Alguna historia de enfermedad en su familia? Sí No

En caso afirmativo, sírvase describir _____

¿Están viviendo su madre y su padre? Sí No

Medicamentos

Enumere todos los medicamentos que está tomando, incluyendo las vitaminas y hierbas sin receta, con dosificaciones :

Alergias

Enumere todas las drogas, alimentos, cintas, látex, o alcance de la anestesia, incluyendo náuseas postoperatorias :

Historia personal

Fumar (cuánto): _____ El alcohol o las drogas (cuánto/a menudo): _____

Hospitalización

Enumere todas las hospitalizaciones, operaciones (incluyendo cirugía plástica) y lesiones graves, con el año:

Historia médica pasada

¿Alguna vez ha tenido la siguiente?:

	Yes	No		Yes	No		Yes	No
Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Migrañas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	La nariz sangra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Soplo cardíaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de los senos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infección de vejia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alta presion sanguinea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cáncer de piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desorden sangrante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HIV +	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Carrera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Intestino irritable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad del riñon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Úlcera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastorno emocional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de Lyme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Other: _____		