

POR FAVOR COMPLETE Y DEVUELVA A LA RECEPCIÓN

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Historial Médico: Por favor, marque las condiciones que ahora o alguna vez ha aplicado para usted:

- | | | | | | |
|-----------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Demencia | <input type="checkbox"/> Carrera | <input type="checkbox"/> Agrandamiento de la Próstata | <input type="checkbox"/> Migraña | <input type="checkbox"/> Colesterol Alto |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Dermatitis | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Ataque del Corazón | <input type="checkbox"/> Gota | <input type="checkbox"/> Presion Arterial Alta |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Neumonía | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Dolor de Cabeza | <input type="checkbox"/> Enfermedad Coronaria |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> VIH | <input type="checkbox"/> Problemas de Espalda | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la Tiroides | <input type="checkbox"/> Enfermedad Cardiaca Congestiva |
| <input type="checkbox"/> COPD | <input type="checkbox"/> GERD | <input type="checkbox"/> Piedra Renal | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Úlcera | <input type="checkbox"/> Tuberculosis (TB) |
- Cáncer de Mama Otro Cáncer Qué tipo? _____

Condiciones diferentes a los mencionados anteriormente? _____

Lista de Medicamentos: Por favor, indique todos los medicamentos que está tomando actualmente:

¿Ha tenido alguna vacuna o inyecciones? (ex. vacuna contra la gripe, la neumonía, el tétanos, la hepatitis, etc.) Sí No

En caso afirmativo, indique: _____

Alergias: Sí No En caso afirmativo, indique: _____

Antecedentes Quirúrgicos: Por favor complete la historia quirúrgica pasado: _____

Historia Obstétrica: ¿Está embarazada? Sí No En caso afirmativo, ¿cuántas semanas? _____

Total de Embarazos	Término Completo	Prematuro	Aborto Inducido	Aborto Espontáneo	Ectópicos	Nacimientos Múltiples	Vida

Historia Social:

¿Fuma usted? Sí No En caso afirmativo, con qué frecuencia, cuánto? _____

¿Toma bebidas alcohólicas? Sí No En caso afirmativo, marque todas las que apliquen: cerveza vino alcohol duro

¿Con qué frecuencia y cuánto? _____

¿Está tomando o ha tomado drogas ilegales o medicamentos recetados abusados? (ex. cocaína, la heroína, la oxicodona, anfetaminas, etc)

Sí No En caso afirmativo, con qué frecuencia, cuánto? _____

Historia Familiar: Compruebe las condiciones **PERTINENTES** relacionados con los miembros de la familia y rellenar en la relación. Marque "M" para la **Salud Materna** y "P" para la **Paternal** para especificar la madre o del lado del padre de la familia).

	✓ Sí	✓ No	Relación		✓ Sí	✓ No	Relación
<input type="checkbox"/> Asma			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/> Agrandamiento de la Próstata			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P
<input type="checkbox"/> Anemia			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/> Ataque del Corazón			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P
<input type="checkbox"/> Artritis			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/> Hepatitis			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P
<input type="checkbox"/> Ansiedad			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/> Problemas de Espalda			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P
<input type="checkbox"/> COPD			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/> Glaucoma			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P
<input type="checkbox"/> Demencia			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/> Migraña			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P
<input type="checkbox"/> Dermatitis			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/> Gota			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P
<input type="checkbox"/> Diabetes			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/> Dolor de Cabeza			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P

Vea el Otro Lado....

	✓ Sí	✓ No	Relación		✓ Sí	✓ No	Relación
<input type="checkbox"/> Epilepsia			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/> Enfermedad de la Tiroides			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P
<input type="checkbox"/> GERD			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/> Úlcera			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P
<input type="checkbox"/> Carrera			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/> Colesterol Alto			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P
<input type="checkbox"/> Depresión			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/> Presion Arterial Alta			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P
<input type="checkbox"/> Neumonía			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/> Enfermedad Coronaria			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P
<input type="checkbox"/> VIH			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/> Enfermedad Cardiaca Congestiva			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P
<input type="checkbox"/> Piedra Renal			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/> Tuberculosis (TB)			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P
			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P
			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P

Cáncer de Mama Otro Cáncer Qué tipo? _____

Llene los que han **FALLECIDO**. Si lo sabe, rellenar la edad a la muerte y la causa de la muerte.

Miembro de la Familia	Muerte Edad	Causa de Muerte	Miembro de la Familia (Hermanos y Hermanas)	Muerte Edad	Causa de Muerte
Padre			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
Madre			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
Abuela Materna			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
Abuelo Materno			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
Abuela Paterna			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
Abuelo Paterno			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		

Aprobado Historia Desconocida

Otros Comentarios: _____
