

HISTORIA MEDICA

(Medical History)

NOMBRE: _____ **FECHA DE NACIMIENTO** _____

MEDICAMENTOS/SUPLEMENTOS/VITAMINAS:

Nombre	Dosis	Frecuencia
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
4. _____	_____	_____
5. _____	_____	_____
6. _____	_____	_____

Es usted alergico a algun medicumito? Si No Cual: _____

PROBLEMAS MEDICOS QUE TIENE AHORA:

Problema	SI	NO	Fecha de inicio:	Doctor's Notes
1. Problemas del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
2. Enbolia o derrame cerebral Accidente cerebrovascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
3. Alta presión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
4. Colesterol Alto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
5. Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
6. Cancer (Tipo _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
7. Asma o enfermedad respiratoria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
8. Hipothyroidism	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
9. Depresion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
10. HIV Positivo/SIDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
11. Otra: _____	_____	_____	_____	_____

HISTORIA DE CIRUGÍAS:

Fecha:	No Aplica <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
4. _____	_____	_____

¿Fuma usted? SI NO ¿Cuántos paquetes fuma al día? _____
 ¿Toma bebidas alcohólicas? SI NO ¿Cuánto toma cada día? _____
 ¿Ha usado drogas ilegales? SI NO ¿Cuáles ha usado? _____
 Ocupación: _____ Estado Civil: Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a) Viudo(a)
 Nombre del esposo (esposa) _____

HISTORIA MEDICA DE SU FAMILIA: ¿Alguien en su familia padece alguna de las siguientes enfermedades?

	Cancer(tipo)	Diabetes	enfermedad del corazón	Alta presión	accidente Cerebró vascular	<input checked="" type="checkbox"/> No Aplica
PADRE	_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
MADRE	_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
HERMANOS	_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
HERMANAS	_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
HIJOS	_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>

¿Si sus padres han fallecido, cual fue la causa? Padre: _____ Madre _____

HISTORIA GINECOLOGICA: (mujeres)

¿Ha pasado usted la menopausia? SI NO ¿A que edad? _____
 La fecha del comienzo de último período menstrual. ____/____/____ (Da mes/día/año)
 ¿Tiene periodos menstruales regulares? SI NO
 Fecha de su último Papanicolau. ____/____/____ ¿Era normal? SI NO
 Si fue anormal explique. SI NO
 Número de embarazos: _____ El número de nacimientos vivos: _____ Abortos expontaneos: _____

Continúe atrás de esta página, por favor.