

# HISTORIAL MÉDICO

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

1. Aparte de las visitas de rutina, ¿ha estado bajo el cuidado de un medico durante los últimos dos años?

Sí: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_

Se es así, ¿para qué? \_\_\_\_\_

Nombre del medico: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Cremallera: \_\_\_\_\_

2. ¿Ha tomado algún medicamento o droga durante los últimos dos años? Sí: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_

3. ¿Está tomando algún medicamento ahora? Sí: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, indique el nombre y la dosis: \_\_\_\_\_

4. ¿Ha tenido una mala reacción a alguno de los siguientes:

Aspirina: \_\_\_\_\_ Codeína: \_\_\_\_\_ Óxido Nitroso: \_\_\_\_\_ Tetraciclina: \_\_\_\_\_ Valio: \_\_\_\_\_

Clindamicina: \_\_\_\_\_ Novocaína: \_\_\_\_\_ Anestésico: \_\_\_\_\_ Ibuprofeno: \_\_\_\_\_ Demerol: \_\_\_\_\_

Eritromicina: \_\_\_\_\_ Percodan: \_\_\_\_\_ Penicilina: \_\_\_\_\_ Sulfa: \_\_\_\_\_ Pastillas para dormir: \_\_\_\_\_

¿Algún otro que no esté en la lista? \_\_\_\_\_

5. Indique cuál de los siguientes ha tenido o tiene actualmente. Marque Sí o No a cada elemento.

	Yes	No		Yes	No		Yes	No
Corazón (cirugía, enfermedad, ataque)			Úlceras			Hepatitis A o B		
Dolor en el pecho			Sensibilidad al latex			Enfermedad venérea		
Cardiopatía congénita			Diabetes			AIDS		
Soplo cardíaco			Problemas tiroideos			HIV positive		
Hipertensión			Glaucoma			Herpes Liabial/Ampollas de fiebre		
Prolapso de la válvula mitral			Lentes de Contacto			Transfusión de sangre		
Válvula de corazón artificial			Enfisema			Hemofilia		
Marcapasos			Tos crónica			Anemia drepanocítica		
Fiebre reumática			Tuberculosis			Fácilmente abollado		
Artritis/Reumatismo			Asma			Enfermedad del higado		
Medicamento de cortisone			Fiebre del heno			Ictericia		
Tobillos hinchados			Alergias o urticarial			Desorden neurológico		
Ataque			Problema sinusal			Epilepsia o Convulsiones		
Dieta (especial/restringido)			Radioterapia			Desmayos o mareos		
Articulaciones artificiales			Quimioterapia			Ansiedad		
Problema renal			Tumores			Psiquiátrico/Psicológico Cuidado		

6. ¿Toma diluyentes de la sangre o aspirina todos los días? Sí: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_

7. ¿Ha perdido o Ganado más de 10 libras en el ultimo año? Sí: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_

8. ¿Tiene o ha tenido alguna enfermedad, condición o problema no mencionado? Sí: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, enumere: \_\_\_\_\_

9. Mujeres: ¿Estás embarazada? Sí: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_ En caso afirmativo, ¿qu"e tan avanzado estás? \_\_\_\_\_

¿Enfermería? Sí: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_ ¿Tomar pastillas anticonceptivas? Sí: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_

10. Enumere cualquier alergia a los medicamentos: \_\_\_\_\_

11. Enumere cualquier alergia a alimentos uotros: \_\_\_\_\_

12. ¿Fumador? Sí: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_

13. ¿Tabaco sin humo? Sí: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_