

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			Trastorno de salud mental (ADAH, ansiedad, depresión)		
Dolor en el pecho			Sensibilidad al latex			Atención psiquiátrica/psicológica		
Cardiopatía congénita			Diabetes			Enfermedad venérea		
Soplo cardíaco			Problemas tiroideos			AIDS		
Hipertensión			Glaucoma			HIV Positiva		
Prolapso de la válvula mitral			Lentes de Contacto			Herpes labial/ampollas febriles		
Válvula de corazón artificial			Enfisema			Transfusión de sangre		
Marcapasos			Tos crónica			Hemofilia		
Fiebre reumática			Tuberculosis			Anemia drepanocítica		
Artritis/Reumatismo			Asma			Fácilmente abollado		
Medicamento de cortisone			Fiebre del heno			Enfermedad del hígado		
Tobillos hinchados			Alergias o urticarial			Ictericia		
Ataque			Problema sinusal			Epilepsia o convulsiones		
Dieta (especial/restringido)			Radioterapia			Desmayos o mareos		
Articulaciones artificiales			Quimioterapia			Hepatitis A o B		
Problema renal			Tumores			Otro (explica el #6)		

6. Otro: _____

7. ¿Toma diluyentes de la sangre o aspirina todos los días? Sí: _____ No: _____

8. ¿Ha perdido o Ganado más de 10 libras en el ultimo año? Sí: _____ No: _____

¿Enfermería? Sí: _____ No: _____ ¿Tomar pastillas anticonceptivas? Sí: _____ No: _____

9. Enumere cualquier alergia a los medicamentos: _____

10. Enumere cualquier alergia a alimentos u otros: _____

11. ¿Fumador? Sí: _____ No: _____

12. ¿Tabaco sin humo? Sí: _____ No: _____

Firma: _____ Fecha: _____