

Historial Médico del Paciente

Apellido _____ Nombre _____ Segundo nombre _____

Edad _____ Altura _____ Peso _____ Sexo: H / M No. de hijos _____

Alergia a medicamentos y alimentos:

Médico principal: _____ Teléfono: _____

Padece o ha padecido: (Si es así, proporcione fecha de cuando ocurrió) _____ Cáncer
_____ Derrame cerebral _____ Migraña _____ Corazón reumático _____ Asma
_____ Pulmonía _____ Fiebre del heno _____ Tendencia sangrado _____ Hepatitis
_____ Diabetes _____ Úlcera/estómago _____ Hipertensión arterial _____ TB
_____ Leucemia _____ Amigdalitis _____ Cardiopatía congénita _____ Bocio
_____ Bronquitis _____ Infección vejiga _____ Artritis _____ Colitis
_____ Ataque cardiaco _____ Enfermedad/riñón _____ Crisis nerviosa _____ Epilepsia

¿Sabe de un familiar cercano que sufre o ha sufrido alguna de las condiciones anteriores? Si es así, favor mencione la condición y su relación con la persona

Fecha de rayos X de pecho más reciente _____ ¿Padece hemorragia nasal? S N
¿Fuma regularmente? S N ¿Cuántos? _____ ¿Hace cuánto tiempo fuma? _____
¿Toma usualmente más de 6 tazas de café al día? S N
¿Toma regularmente bebidas alcohólicas o cerveza? S N ¿Qué cantidad? _____
¿Ingiere frecuentemente aspirina, Bufferin, Anacin? S N ¿Qué cantidad? _____
¿Tiene o tuvo adicción a las drogas? S N
¿Le sangran las encías frecuentemente? S N

Mencione cualquier enfermedad de seriedad que haya padecido

Mencione el año que haya tenido una cirugía, incluyendo procedimientos cosméticos

Con un círculo marque cualquiera de los siguientes medicamentos /vitaminas que consume actualmente:

Cortisona	Pastillas/presión arterial	Hierro
Digitálicos	Medicina para la tos	Pastillas para dormir
Tranquilizantes	Insulina o pastillas/diabetes	Pastillas para aliviar dolor de cabeza
Anti-epiléptico Dilantin	Medicina para tiroides	Anticoagulantes
Barbitúrico	Pastillas de agua	Pastillas para perder peso
Vacunas	Anticonceptivos	Fármaco Phenobarbital
Antibióticos	Aspirina	St. John's Wort
Vitamina E	Multivitamínicos	otros _____

Nombre del medicamento

Dosis

Frecuencia
