

Siendo paciente nuevo por favor rellene el espacio de abajo con la información correcta.

Paciente # _____ Fecha _____

Nombre del Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____

HISTORIA MÉDICA PASADA ¿Alguna vez ha tenido estas enfermedades? (Marque "no" o "si", dejelo en blanco si no está seguro):

Varicela	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Polio	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Renal	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Mania/Depresion	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Fiebre reumática	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Glaucoma	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Enfermedad tiroidea	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Bipolar	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Artritis	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Transfusión de sangre	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Enfermedad de las arterias coronarias	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Dolor de espalda	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Enfermedad venérea	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Hipertensión (Presion Alto)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Enfermedad cardíaca congestiva	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Dolor de cuello	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Anemia	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Colesterol alto	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Stent Cardíaco	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Dolor del torax	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Infecciones urinarias	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Asma	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Úlcera péptica	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Otras enfermedades	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Epilepsia	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	SIDA o VIH+	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Enfermedad de Parkinson	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	_____	_____
Dolor de cabeza/migraña	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Prolapso de la válvula mitral	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Temblores	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	_____	_____
Tuberculosis	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Apoplejía (Stroke)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Demencia	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	_____	_____
Diabetes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Hepatitis	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Ansiedad	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	_____	_____
Cáncer	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Fallo hepático	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Depresión	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	_____	_____
Tipo: _____				Esquizofrenia	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	_____	_____

HOSPITALIZACIONES Cirugías previas/Enfermedades serias

¿Cuándo?	¿Cuándo?
_____	_____
_____	_____
_____	_____

MEDICAMENTOS (incluya los no recetados):

HISTORIA SOCIAL DEL PACIENTE

Estado civil: Soltero Casado Separado Divorciado Viudo

Consumo de alcohol: Nunca Raramente/Socialmente Moderadamente Diariamente Fines de Semana

Consumo de tabaco: Nunca Antes pero lo dejó: _____ Paquetes por día _____

Consumo de drogas: Nunca Tipo/frecuencia: _____

Contacto excesivo en casa o en el empleo con: Humo Polvo Disolventes Ruido Excesivo

Trabajo-Emplo Si No Jubilado Tipo _____

HISTORIA MÉDICA FAMILIAR

Sano (Si no, lista las enfermedades) Si difunto, causa de muerte

Padre Si No _____

Madre Si No _____

Hermanos:

Hermanos# _____ Si No _____

Hermanas# _____ Si No _____

Esposo/Compañero Si No _____

Niños:

Hijos# _____ Si No _____

Hijas# _____ Si No _____