

HISTORIA MEDICA

Explique la razon de su visita: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿NUNCA HA TENIDO? (POR FAVOR MARQUE)

Dolores de Cabeza Severos No Si

Enfermedades o Cirugia del Oído No Si

Alergias/Eczema No Si

Tumores Abnormales No Si

Cancer de la Piel No Si

Agrurras/ "Hiatal" Hernia No Si

Ulceras No Si

Enfermedes del Hígado/del Riñon No Si

Asma No Si

Enfesima/Broncitis Crónica No Si

Ataqué del Corazon/Angina No Si

Arritmia del Corazon/Murmullo No Si

Insuficiencia Cardiaca No Si

Alta Presion No Si

Diabetes No Si

Embólia/"TIA" No Si

Cancer No Si

Sangriamiento Excesivo/Moretones No Si

Transfucion de Sangre (Que año?)\_\_ No Si

Expuesto al SIDA (Que año?)\_\_\_\_\_ No Si

Prueba del SIDA (Que año?)\_\_\_\_\_ No Si

Otras Problemas Medicos: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Apunte todas sus cirugias y el año:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Apunte otras veces de ser hospitalicado, el año y la razon

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Apunte toda la medicina tomada al dia, incluyendo las de sin receta:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Tiene alergias a alguna medicina? No Si  
 Penicilina? No Si  
 Sulfa? No Si  
 Otras? (Por Favor Apunte) \_\_\_\_\_

¿Fuma Ud.? No Si  
 ¿Nunca ha fumado? No Si  
 ¿Cuantos años? \_\_\_\_\_  
 Cantidad por dia: \_\_\_\_\_  
 ¿Si paro, que año? \_\_\_\_\_

¿Consumes Ud. bebidas alcoholicas? No Si  
 ¿Que es la cantidad? \_\_\_\_\_

HISTORIA MEDICA DE FAMILIA

Alta presion No Si  
 Diabetes No Si  
 Enfermedes del corazon No Si  
 Cancer No Si  
 Sangriamiento excesivo No Si

Otras enfermedades de herencia: \_\_\_\_\_