

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: _____