

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

**Su Historial de Salud**

¿Tiene una historia de:

	Sí	No
Asthma	___	___
Cáncer	___	___ <input type="checkbox"/>
Diabetes	___	___
Flebitis/coágulos de sangre	___	___
Convulsiones	___	___
Trastornos hemorrágicos	___	___ <input type="checkbox"/>
Problemas del corazón	___	___
Enfermedad del riñon	___	___
Problemas del Hígado	___	___
Problemas de tiroides	___	___
Problemas del Pulmón	___	___
Trazo	___	___
Alta presión	___	___
Artritis	___	___
Gota	___	___
Osteoporosis	___	___
Anemia	___	___
Úlceras estomacales	___	___
Otras enfermedades	___	___

Por favor explique las respuestas SÍ:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Su Cirugías Anteriores**

(Por favor lista con las fechas)

Ninguno

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Sus Medicamentos Actuales**

(Por favor escriba los nombres y dosis)

Ninguno

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Alergias de Medicina**

(escriba los nombres y las reacciones)

Ninguno

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Su Historia de la Familia**

¿Alguien en su familia inmediata tiene alguno de estos?

	Sí	No
Enfermedad del corazón	___	___ <input type="checkbox"/>
Problemas de alta presión	___	___ <input type="checkbox"/>
Trastornos hemorrágicos	___	___
Cáncer	___	___
Coágulos de sangre	___	___ <input type="checkbox"/>
Diabetes	___	___
Enfermedad del riñon	___	___
Complicaciones de la anestesia	___	___

¿Alguien en su familia inmediata murió antes de cumplir los 45 años? Sí / No

Si fue, por favor lista de edad, relación, y causa.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Historia Social**

Los más recientes de ocupación:

\_\_\_\_\_

Casado  Soltero  Viudo

Número de embarazos \_\_\_ N/A \_\_\_

¿Fuma usted? \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

¿Cuántos paquetes en un día? \_\_\_\_\_

¿Cuándo dej de fumar? \_\_\_\_\_

¿Bebe alcohol? \_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

**Revisión de los Sistemas**

¿Ha tenido o tiene alguno de estos síntomas?

No a todos

	Sí	No
Fiebres	___	___
Escalofríos	___	___
Pérdida de peso	___	___
Incontinencia	___	___
Dolor de pecho	___	___
Cambios en la visión	___	___
Pérdida de la audición	___	___
Hemorragias nasales	___	___
Dolor de muelas	___	___
Sangrado de las encías	___	___
Tos	___	___
Tos con sangre	___	___
Dificultad para tragar	___	___
Dolor de estómago	___	___
Náuseas o vómitos	___	___
Sangre en las heces	___	___
Sangre en la orina	___	___
Heces negro	___	___
Diarrea frecuente	___	___
Estreñimiento frecuente	___	___
Problemas control de vejiga	___	___
Problema intestinal <input type="checkbox"/>	___	___
Ardor al orinar	___	___
Dolores de cabeza <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	___	___
Falta de aliento	___	___

**Nivel de Dolor:**

No Dolor 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**Mujeres:**

	Si	No
Períodos irregulares	___	___
Manchas frecuentes	___	___
¿Está embarazada?	___	___
¿Está lactando?	___	___

**Fecha de ultimo period:**

\_\_\_\_\_

**Rason Por su visita hoy?**

(Explica simple)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_