

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 "sí", deje en blanco si no está seguro):

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

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 Sí No Jubilado Tipo _____

HISTORIA MÉDICA FAMILIAR

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

Padre Sí No _____

Madre Sí No _____

Hermanos:

Hermanos# _____ Sí No _____

Hermanas# _____ Sí No _____

Esposo/Compañero Sí No _____

Niños:

Hijos# _____ Sí No _____

Hijas# _____ Sí No _____