



HISTORICAL MÉDICA DEL PACIENTE

Nombre: _____ Fecha: _____

Edad: _____ Sexo: M F Estatura: _____ Peso: _____ Alergias Medicas: _____

Doctor de Cabecera: _____ Etnicidad _____

MEDICINAS ACTUALES:

CIRUJIAS/ANESTESIA GENERAL:

Nombre De Medicamento	Razón para Tomar	Tipo de Cirugías	Año Aproximado
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

(Incluya hierbas y medicamentos sin receta)

RAZON DE SU VISITA:

HISTORIAL MEDICO

HISTORIA SOCIAL

USTED

FAMILIA

- Hemorragias/Coágulos
- Problemas con Anestesia
- Ataques/Desmayos
- Diabetes
- Depresión/Ansiedad
- Tiroides
- Anemia
- Enfermedades del Corazón
- Alta presión
- Enfermedades Pulmonares
- VIH/Sida
- Enfermedades de Riñones
- Asma
- Hepatitis
- Cáncer
- Ninguno**

Uso de Tabaco: Nunca Cigarrillos/día: _____

Uso de Alcohol: Diario Ocasional Nunca

Ejercicio: Diario Ocasional Nunca

Exposición al sol: Mínimo Moderado Excesivo

Camas Bronceadoras: Nunca Frecuencia: _____

Protector para el sol: Diario Ocasional Nunca

NOTAS:

MUJERES

GENERAL

HOMBRES

Menopausia: Y N
 Embarazada: Y N
 # Total de Embarazos: _____
 Numero de hijos: _____
 Talla de Sostén: _____
 Talla de Copa: _____
 Última Mamografía: _____

Historia de sanación pobre: Y N
 Historia de cicatrices gruesas: Y N
 Reciente aumento/perdida de peso: Y N
 Cantidad +/- _____
 En cuanto tiempo: _____
 Problemas visuales: Y N
 Especifique: _____

Pasado/Presente uso de Esteroide sustantivó: Y N
 Suplementos de Testosterona: Y N