



# 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