

HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE

Nuestro conocimiento de su estado de salud nos ayudará a proveerle con una mayor atención. Tenga la bondad de contestar todas las preguntas, firme, y ponga la fecha en este formulario.

La razon principal de su visita hoy _____

Haga una lista de todas las medicinas tomadas en los últimos seis meses _____

Alérgias _____

Fuma Ud? SI _____ NO _____

Cuándo dejo de fumar? _____

Cuánto al día? _____

Consumo o ha consumido alcohol? SI _____ NO _____

Cuánto ? _____

Consumo usted cafeína? SI _____ NO _____

Cuánto? _____

Que tipo de trabajo hace Ud? _____

Casado(a), Soltero(a) Divorciado(a), Separado(a), Viudo(a)

Hijos? _____

Marque correspondientemente si ha tenido o tiene algunas de las siguientes condiciones

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Paro Cardiaco | <input type="checkbox"/> Úlceras | <input type="checkbox"/> SIDA |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad o Ataque al Corazón | <input type="checkbox"/> Enficema | <input type="checkbox"/> Hepatitis (A, B o C) |
| <input type="checkbox"/> Angina de pecho | <input type="checkbox"/> Tos Persistente | <input type="checkbox"/> Enfermedades del Hígado o Ictericia |
| <input type="checkbox"/> Alta presión sanguínea | <input type="checkbox"/> Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Transfusión de Sangre |
| <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Adicción a drogas |
| <input type="checkbox"/> Lesiones Congenitas del Corazón | <input type="checkbox"/> Pulmonía | <input type="checkbox"/> Hemofilia |
| <input type="checkbox"/> Prolapso de la Valvula Mitral | <input type="checkbox"/> Sinusitis o Fiebre del Heno | <input type="checkbox"/> Enfermedades Venereas |
| <input type="checkbox"/> Escarlata | <input type="checkbox"/> Alérgias o Urticaria | <input type="checkbox"/> Epilepsia (Combulciones) |
| <input type="checkbox"/> Valvula Artificial del Corazón | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Desmayos |
| <input type="checkbox"/> Marca Paso del Corazón | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Tiroides | <input type="checkbox"/> Nerviosismo |
| <input type="checkbox"/> Cirugía del Corazón | <input type="checkbox"/> Tratamiento de Radiación o Cobalto | <input type="checkbox"/> Atención Psiquiátrica |
| <input type="checkbox"/> Articulación (Coyuntura) Artificial | <input type="checkbox"/> Quimoterapia (Cancer) | <input type="checkbox"/> Anémia por Celulas Falciformes |
| <input type="checkbox"/> Embolio | <input type="checkbox"/> Artritis o Reumatismo | <input type="checkbox"/> Formación anormal de Moretones |
| <input type="checkbox"/> Problemas de los Riñones | <input type="checkbox"/> Medicinas de Cortisona | |
| | <input type="checkbox"/> Glucoma | |

CIRUGÍAS

HISTORIA DE LA FAMILIA

CIRCÚLE LA RESPUESTA

- | | | |
|---|----|----|
| 1. Ha estado Ud. En el hospital en los últimos dos años? _____ | SI | NO |
| 2. Ha estado Ud. Bajo tratamiento médico en los últimos dos años? _____ | | |
| 3. Alguna vez ha sangrado tanto que ha necesitado atención médica? _____ | SI | NO |
| 4. Cuando Ud. Sube escalones o sale a caminar, ha tenido que detenerse alguna vez por un dolor en el pecho, o falta de aire, o porque esta cansado? _____ | | |
| 5. Se le hinchan los tobillos durante el día? _____ | NO | SI |
| 6. Usa Ud. Más de dos almoadas para dormir? _____ | NO | SI |
| 7. Ha subido o bajado mas de 10 libras de peso en el último año? _____ | NO | SI |
| 8. Alguna vez ha despertado corto(a) de aire? _____ | NO | SI |
| 9. Tiene una dieta especial? _____ | NO | SI |
| 10. Alguna vez su médico le ha dicho que tiene tumor o cancer? _____ | NO | SI |
| 11. Tiene Ud. Alguna enfermedad, condición, o problema que no se a mencionado? _____ | NO | SI |
| 12. MUJERES: Esta Ud. Embarazada? _____ | NO | SI |

Según mi concentimiento, todas las respuestas son verdaderas y c correctas

Firma _____

Fecha _____