

Historia Médica

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Médico: Nombre _____

Teléfono _____

Dirección _____

Fecha del último examen físico: _____

Numero de farmacia: _____

¿Tiene o ha tenido alguno de estos problemas de salud?

S N	ALERGIAS	S N	GASTROINTESTINAL	INFECCIONES (cont)	S N	HEMBRAS
<input type="checkbox"/>	Anestésico local	<input type="checkbox"/>	Reflujo ácido / ERGE	S N	<input type="checkbox"/>	Embarazada
<input type="checkbox"/>	Aspirina	<input type="checkbox"/>	Síndrome del intestino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermería
<input type="checkbox"/>	Látex	<input type="checkbox"/>	Irritable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anticonceptivos
<input type="checkbox"/>	El ibuprofeno	<input type="checkbox"/>	Úlcera de estómago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Penicilina	S N	HEMATOLÓGICA	S N	MALIGNIDAD	S N
<input type="checkbox"/>	Acetaminofeno(Tylenol)	<input type="checkbox"/>	Anemia	<input type="checkbox"/>	Tumor	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Codeína / Narcóticos	<input type="checkbox"/>	Anemia de células	<input type="checkbox"/>	Cáncer	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Otros _____	<input type="checkbox"/>	Falciformes	<input type="checkbox"/>	Quimioterapia	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	Sangrado anormal	<input type="checkbox"/>	Radioterapia	<input type="checkbox"/>
S N	CARDIOVASCULAR	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de la sangre	S N	SALUD MENTAL	S N
<input type="checkbox"/>	Presión arterial alta	<input type="checkbox"/>	Transfusión de sangre	<input type="checkbox"/>	Trastorno Bipolar	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Angina (dolor de pecho)	<input type="checkbox"/>	Leucemia	<input type="checkbox"/>	Depresión	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Ataque del corazón	<input type="checkbox"/>	Avergüenzo fácilmente	<input type="checkbox"/>	Ansiedad	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Latidos irregulares del corazón	<input type="checkbox"/>	Sangrado prolongado de Cortar / lesiones	<input type="checkbox"/>	Problemas Alimentarios	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Cirugía de corazón	S N	HEPÁTICA	<input type="checkbox"/>	Trastorno del Sueño	S N
<input type="checkbox"/>	Insuficiencia cardíaca	<input type="checkbox"/>	Enfermedad hepática	<input type="checkbox"/>	Demencia	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Válvula cardíaca dañada	<input type="checkbox"/>	Ictericia	<input type="checkbox"/>	Trastorno de Aprendizaje	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Colesterol alto	<input type="checkbox"/>	Hepatitis	<input type="checkbox"/>	Tratamiento Psiquiátrico	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Infección del corazón	<input type="checkbox"/>	Hepatitis A	<input type="checkbox"/>	Salud Mental	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Stroke	<input type="checkbox"/>	Hepatitis B o C	<input type="checkbox"/>	Perturbación	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Enfermedad cardíaca Congénita	<input type="checkbox"/>	Mononucleosis	S N	MUSCULOESQUELÉTICO	Lista de medicaciones:
<input type="checkbox"/>	Soplo cardíaco	S N	INMUNE	<input type="checkbox"/>	Artritis / Gota	_____
<input type="checkbox"/>	Enfermedad del corazón	<input type="checkbox"/>	Uso pasado de esteroides	<input type="checkbox"/>	Artificial conjunta /	_____
<input type="checkbox"/>	Presión arterial baja	<input type="checkbox"/>	Retraso de la Cicatrización	<input type="checkbox"/>	Protésico	_____
<input type="checkbox"/>	Marcapasos	<input type="checkbox"/>	Fiebre de heno	<input type="checkbox"/>	Fibromialgia	_____
<input type="checkbox"/>	Válvula artificial	<input type="checkbox"/>	Hive / Rash	<input type="checkbox"/>	Lupus	_____
S N	ENDOCRINO	<input type="checkbox"/>	Sistema Inmune	<input type="checkbox"/>	Sistema de Sjogren	_____
<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	Problema	<input type="checkbox"/>	Osteoporosis	_____
<input type="checkbox"/>	Problema de la tiroides	<input type="checkbox"/>	Fiebre reumática	<input type="checkbox"/>	Leucemia	_____
<input type="checkbox"/>	Hipoglucemia	S N	INFECCIONES	<input type="checkbox"/>	Hinchazón de las	Si hay más , por favor escriba
<input type="checkbox"/>	Enfermedad paratifoidea	<input type="checkbox"/>	VIH Positivo / SIDA	S N	Extremidades	atrás.
S Y	OJOS / OREJAS	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de Transmisión Sexual	<input type="checkbox"/>	NEUROLÓGICOS	
<input type="checkbox"/>	Glaucoma	<input type="checkbox"/>	Culebrilla	<input type="checkbox"/>	Epilepsia / Convulsiones	
<input type="checkbox"/>	Deterioro de la visión	<input type="checkbox"/>	Hepatitis A B o C	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de Parkinson	
<input type="checkbox"/>	Audición dañada			<input type="checkbox"/>	Esclerosis Múltiple	
				<input type="checkbox"/>	Dolores de cabeza	

Por favor escriba cualquier enfermedad, condición o problema que tenga, que no está en la lista de arriba. Así mismo, liste cualquier hospitalización o cirugía que haya tenido. _____

Historia Médica de Reconocimiento

Entiendo que la información en la historia clínica que he dado es correcta y al mejor de mi conocimiento. También entiendo que esta información se llevará a cabo en la más estricta confidencialidad, y que usted tiene mi permiso para pedir al proveedor de salud respectiva o agencia para obtener información adicional si es necesario. Es mi responsabilidad informar a esta oficina de cualquier cambio en mi salud o medicamentos.

Firma: _____ Relación con el paciente: _____ Fecha: _____

Médico Firma: _____ Fecha: _____