

HISTORIAL MÉDICO

Fecha: _____

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

HISTORIA FAMILIARPadre: Viviendo Difunto (Causa): _____Madre: Viviendo Difunto (Causa): _____

Hermanos: Número Viviendo _____ Número Fallecidos _____ (Causa) _____

Marque las enfermedades que se han producido en cualquiera de sus parientes consanguíneos:

 Cáncer Asma Ictericia Diabetes Anemia Tendencia a la Hemorragia Enfermedad de los Riñones Enfermedad del Corazón Accidente Cerebrovascular Presión Arterial Alta Depresión Ansiedad Alergias Otros: _____**ANTECEDENTES MÉDICOS**

Vacunas Recientes:

 Viruela Tétanos Tifoidea Polio Influenza Hepatitis A Hepatitis B Neumonía¿Ha tenido una enfermedad de transmisión sexual? Sí No Diagnóstico: _____¿Ha tenido alguna vez una transfusión de sangre? Sí No Fecha: _____**Actual y/o las condiciones pasadas de la salud:** Diabetes Glaucoma Problemas del Corazón Problemas en las Venas Cancer Convulsiones Accidente Cerebrovascular Asma Presión Arterial Alta Ictericia Depresión Artritis Enfermedad de los Riñones Alergias Tendencia a la Hemorragia Tuberculosis Dolores de Cabeza / Migrañas Acidez Otros: _____

Por favor escriba sus cirugías previas: _____

¿Es usted alérgico a la Penicilina o a otros medicamentos? Sí No Lista: _____

Los Medicamentos Actuales: _____

*¿Fuma usted actualmente o mastica tabaco? Sí No Si no, ¿Usted fumaba en el pasado? Sí No

¿Cuántos paquetes por día? _____

* ¿Usted bebe alcohol, cerveza o vino? Sí No Si no, ¿Usted tomaba en el pasado? Sí No

¿Cuántas bebidas por semana? _____

* ¿Actualmente toma café y/o té? Sí No ¿En caso afirmativo, cuántas tazas por día? _____Último Ciclo Menstrual: _____ Sus Ciclos Menstruales son: Regular IrregularContraceptivos Orales: Sí No Número de Embarazos: _____ Número de Abortos: _____ Involuntarios: _____

Peso: _____ ¿Por cuánto tiempo ha estado en este peso? _____

¿Cuál es el motivo de su visita de hoy? _____