



Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Sexo: M / F Alergias o intolerancia a la medicina () Si () No

Lista de alergias a medicamentos	Reacciones alergicas al medicamento

Nombre de los medicamentos que toma actualmente, su dosis, y cuantas veces al dia.

Por favor, marque las condiciones que usted ha tenido en el pasado:

- | | | |
|---|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> CVS | Piel/Pecho | Neurologia/ Psiquiatria |
| <input type="checkbox"/> Fiebre reumatica | 0 Acne | 0 Convulciones |
| <input type="checkbox"/> Colesterol Alto | 0 Eczema/ Psoriasis | 0TIA/ ataque leve al corazon |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia Cardiaca | 0 Fibroquista | 0 Embolio |
| <input type="checkbox"/> Congestiva | 0 Mamografia abnormal | 0Entumecimiento |
| <input type="checkbox"/> Ataque Cardiaco | 0 Ronchas | 0Debilidad |
| <input type="checkbox"/> Presion arterial alta | 0Urticaria | 0Perdida de la memoria |
| <input type="checkbox"/> Angina | 0Lunar | 0Migranas |
| <input type="checkbox"/> Frecuente dolor en el pecho | Extremidades | 0 Depresion |
| <input type="checkbox"/> Latido irregular del corazon | Musculosqueleticas | 0Ansiedad |
| <input type="checkbox"/> Soplo cardiaco | 0Artritis reumatoide | 0Ataques de panica |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad valvular del Corazon | 0 Osteoartritis | 0Atento de suicidio |
| <input type="checkbox"/> Coagulos sanguineos en las venas | 0Dolor en Articulaciones | 0Abuso fisico |
| <input type="checkbox"/> Arterias bloqueadas en el cuello | 0Gota (Podadra) | 0Abuso sexual |
| <input type="checkbox"/> Arterias bloqueadas en las piernas | 0Fracturas en huesos | 0Enfermedad mental |
| <input type="checkbox"/> Linfatico/ Hematologicas | 0Osteoporosis | 0Mareo |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | 0Osteopenia | 0 Vertigo |
| <input type="checkbox"/> Tiroides hiperactiva | 0 Fibromialgia | 0Enfermedades del nervio |
| <input type="checkbox"/> Tiroides poco activa | 0 Dolor de cuello (discos hern) | 0Insomnio |
| <input type="checkbox"/> Anemia | 0 Dolor de espalda | GI/GU |
| <input type="checkbox"/> Tiroides | (Hernia de disco) | 0 Acidez |
| <input type="checkbox"/> Transfusion Sanguinea | HEENT | 0 Ulceras estomacales |
| <input type="checkbox"/> | 0Gafas / Contacto | 0 Piedras biliares |
| Respiratorio | 0Glaucoma | 0 Sangre en el escremento |
| <input type="checkbox"/> Apnea del sueño | 0 Cataratas | 0 Hepatitis |
| <input type="checkbox"/> Bronquitis Frecuente | 0 Perdida de la audicion | 0 Diarrea/ estrenimiento |
| <input type="checkbox"/> Enfisema | 0Infecciones de oido | 0 Hemorroides |
| <input type="checkbox"/> Neumonia | frecuentes | 0 Dolor abdominal |
| <input type="checkbox"/> Asma | 0Zumbido en los oidos | 0 Polipos en el colon |
| <input type="checkbox"/> Coagulos en los pulmones | 0 Alergias | 0 Infecciones de la vejiga |
| <input type="checkbox"/> Tuberculosis | 0 Infecciones frecuentes en los senos | 0 Prostata |
| | 0 Ulceras bucales | 0 Incontinencia urinaria |
| | | 0 Piedras renales |
| | | 0 Colitis ulcerosa |
| | | 0 Infecciones transmitidas sexualmente |
| | | 0 HVI |

Generales:

- Perdida de peso abnormal
- Aumento de peso abnormal
- Cancer/ Tumor _____

_____ # de embarazos
_____ Cuantos hijos
_____ Abortos Involuntarios

0 Colitis ulcerosa
0 Infecciones transmitidas sexualmente
0 HVI

Otros problemas medicos: _____





Indique cualquier cirugia que a tenido en los ultimos diez años:

- | | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------|----------------------------|
| <input type="radio"/> Angioplastia _____ | 0 Trauma Relacionados _____ | 0 Estomago _____ | 0 Ligadura de Tropas _____ |
| <input type="radio"/> Arteria Carotida _____ | 0 Espalda/Cuello _____ | 0 Hernia Inguinal _____ | 0 Cesaria _____ |
| <input type="radio"/> Otros Vascular _____ | 0 Cadera _____ | 0 Colonoscopia _____ | 0 Histerectomy _____ |
| <input type="radio"/> Bypass Coronario _____ | 0 Rodilla _____ | 0 Vesicula Biliar _____ | 0 Ovario Removido _____ |
| <input type="radio"/> Pecho/ Pulmon _____ | 0 Tunel Carpiano _____ | 0 Apendectomy _____ | 0 Pechos _____ |
| <input type="radio"/> Amigdalectomia _____ | 0 Seno _____ | 0 Prostata _____ | 0 Tiroides _____ |
| <input type="radio"/> Neurocirugia _____ | 0 Oreja _____ | 0 Vejiga _____ | 0 Otro _____ |

Direcciones medicas por anticipado/testamento en vida/resucitar hacer todo lo posible /no resucitar

Lista de todos los medicos que actualmente esta viendo: _____

Si es visitante de invierno indique su doctor primario: _____

Porfavor, indique la ultima ves que a tenido alguno de los siguientes examenes o servicios:

- | | | | |
|--|--------------------------------|----------------------------------|----------------------------|
| <input type="radio"/> Vacuna de la gripe _____ | 0 Vacuna Hepatitis B _____ | 0 Analisis de Sangre _____ | 0 Coloscopia _____ |
| <input type="radio"/> Vacuna para neumonia _____ | 0 Electrocardiograma _____ | 0 Prueba de tuberculosis _____ | 0 Papanicolaou _____ |
| <input type="radio"/> Vacuna del tetano _____ | 0 Rayos-X/Pecho _____ | 0 Cancer del colon examen _____ | 0 Anglografia _____ |
| <input type="radio"/> Vacuna del hepatitis A _____ | 0 Ecocardiograma _____ | 0 Ultimo periodo menstrual _____ | Cardiaca _____ |
| MMR _____ | 0 Densidad de los huesos _____ | 0 Examen de mama _____ | 0 Prueba de Esfuerzo _____ |

Edad Problemas de Salud Significativos			Edad	Problemas de Salud
Padre: Vivo / Muerto	Hipertension,Cancer, Diabetes,Enfermedades Del corazon	Hijos	M F	
Madre: Viva / Muerta	Hipertension,Cancer, Diabetes,Enfermedades Del corazon		M F	
Parientes	M F	Abuelo	Vivo Muerto	
	M F	Abuela	Vivo Muerto	
Numero de Hijos:	Hijas:		Hermanos:	Hermanas:

Historial Social

Tabaco:	Consume Tabaco? () Si () No			
	0 Cigarrillos- pk/dias	0 Masticable- #/ Dia	0 Tubo- # / Dia	0 Cigarros # / Dia
Alcohol:	Bebe Alcohol? () Si () No			
	En caso afirmativo, Que Tipo: 0 Cerveza 0 Vino 0 Liquor			
Drogas:	Utiliza drogas recreacionales o depressivas? () Si () No			
	Alguna vez se administrado drogas ilegales con una inyeccion () Si () No			
Estado matrimonial	0 Casado/a	0 Soltero/a	0 Separado/a	0 Divorciado/a
Ocupacion Ejercicio	0 Nada	0 Moderado	0 Occasional	0 Regular
Caffeina	0 Nada	0 Cafe	0 Te	0 Soda
Sexo	Es sexualmente activo (a)? () Si () No			

Firma del paciente: _____

Fecha: _____

