



HISTORIA MÉDICA

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: (r) _____ (t) _____ (c) _____

(Por favor encierre con un círculo el número de teléfono donde podemos contactarlo fácilmente o dejar un mensaje).

Médico de Cabecera: _____

¿TIENE ALERGIAS A ALGÚN MEDICAMENTO? Sí No

Si es sí, anote la medicinas a las que es alérgico: _____

PACIENTE - HISTORIAL MÉDICOS

SÍ	NO	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alergias
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asma
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artritis
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depresión
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes <input type="checkbox"/> Tipo 1 or <input type="checkbox"/> Tipo 2
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reflujo Gastrico (GERD)

SÍ	NO	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad del Corazón
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Presión Arterial Alta
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Colesterol Alto
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad del Riñón
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad del Hígado
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Migrañas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Osteoporosis

SÍ	NO	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Convulsiones
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de la Tiroides
Otros: _____		

FAMILY - PAST MEDICAL HISTORY

SÍ	NO	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asma
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad Cardiovascular
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depresión
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes <input type="checkbox"/> Tipo 1 or <input type="checkbox"/> Tipo 2
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cáncer: Tipo _____

SÍ	NO	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad del Riñón
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Migrañas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Presión Arterial Alta
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Osteoporosis
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Convulsiones
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Derrame Cerebral
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de la Tiroides

SÍ	NO	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Degeneración Macular
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Glaucoma
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cataratas
Otros: _____		

SOCIAL

Empleador Actual/Estudiante: _____ Menor

Estado Civil: Soltero Divorciado Viudo Casado / Nombre del Conyuge: _____

SÍ	NO	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿ Conduce usted un automóvil?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tiene dificultad visual al conducir?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tiene problemas con la visión nocturna?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Toma bebidas alcohólicas? Si sí: <input type="checkbox"/> 1/día <input type="checkbox"/> 2-3/día <input type="checkbox"/> 4+/día <input type="checkbox"/> Ocasionalmente

SÍ	NO	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Fuma? Tipo _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Ha sido fumador? ¿Cuánto tiempo fumó? _____ ¿Cuándo dejó de fumar? _____ ¿Cuánto fumaba? _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Cuándo fue expuesto a humo pasivo?