

Fecha de Hoy: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

### Historia de la Medicina:

¿Sufre actualmente de cualquier de los siguiente (marque todas las que correspondan)?

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Artritis                  | <input type="checkbox"/> Problemas de Sangrado Crónico | <input type="checkbox"/> Colesterol Alto          |
| <input type="checkbox"/> Asma                      | <input type="checkbox"/> Enfermedad Pulmonar Crónica   | <input type="checkbox"/> Problemas de la Próstata |
| <input type="checkbox"/> Problemas de la Vejiga    | <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus             | <input type="checkbox"/> Las Úlceras Estomacales  |
| <input type="checkbox"/> Las Cataratas de los Ojos | <input type="checkbox"/> Hipertensión                  | <input type="checkbox"/> Otro: _____              |

### Historia Quirúrgica Past:

Verificar los procedimientos quirúrgicos que se ha hecho en el pasado, por favor.

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Angioplastia                                | <input type="checkbox"/> Cirugía de la Vejiga    | <input type="checkbox"/> Marcapasos Implantado      |
| <input type="checkbox"/> Apendicitomia                               | <input type="checkbox"/> Extirpación de Vesícula | <input type="checkbox"/> Abra la Cirugía de Corazón |
| <input type="checkbox"/> Implantes de Articulaciones<br>Artificiales | <input type="checkbox"/> Histerectomía           | <input type="checkbox"/> Cirugía de Corazón Abierto |

### Alergias:

Comprobar cualquier medicamento al que usted es alérgico favor.

- |  |                                      |                                     |
|--|--------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ninguno                                 | <input type="checkbox"/> Codeína     | <input type="checkbox"/> Morfina    |
| <input type="checkbox"/> Los Antidepresivos                      | <input type="checkbox"/> Compazine   | <input type="checkbox"/> Penicilina |
| <input type="checkbox"/> Medicamento para la Presión<br>Arterial | <input type="checkbox"/> Hidrocodona | <input type="checkbox"/> Phenergan  |

### Historial Médico Familiar:

Marque las casillas de las enfermedades que por favor puede ser hereditario.

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Aneurismas       | <input type="checkbox"/> Cáncer de Colon | <input type="checkbox"/> Piedras en los Riñones |
| <input type="checkbox"/> Cáncer de Vejiga | <input type="checkbox"/> Cáncer de Riñón | <input type="checkbox"/> Cáncer de Próstata     |

## Historia Social:

¿Fumó?  Sí  No

En caso afirmativo, ¿cuántos paquetes por día? \_\_\_\_\_

Si no, ¿alguna vez se fumó?  Sí  No

Si usted alguna vez fumó indique aquí, cuando dejó de fumar (años)? \_\_\_\_\_

¿Consumo bebidas alcohólicas?  Sí  No

En caso afirmativo, ¿Cuántas bebidas por día (en promedio)? \_\_\_\_\_

Si no, ¿alguna vez bebió?  Sí  No

Si usted ya no bebe alcohol, pero indicó que en algún momento lo hizo, cuando dejó de beber (años)? \_\_\_\_\_

## Historia Laboral:

Por favor, marque la casilla que se aplica actualmente. Si usted está trabajando actualmente, por favor incluya su puesto de trabajo.

Retirado

Actualmente trabajo: \_\_\_\_\_

## Medicamentos:

Anote todos los medicamentos que toma actualmente (que no tiene que anotar las cosas que damos por). Si no conoce los nombres de sus medicamentos, consulte simplemente la caja "no sé".

No Sabe

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____