



Historia de la Salud

Por favor complete la siguiente información para su revisión por el proveedor

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Edad: _____

Sexo: M F Doctor Familiar: _____ Ocupación: _____

Historia Médica del Paciente

- | | | | | |
|--|---------------------------------------|--|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Problemas del Corazón | <input type="checkbox"/> Alta Presión | <input type="checkbox"/> Apoplejía | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Artritis |
| <input type="checkbox"/> Problemas del Riñón | <input type="checkbox"/> Osteoporosis | <input type="checkbox"/> Problemas de Sangrado | <input type="checkbox"/> Enfermedad Pulmonar | <input type="checkbox"/> Asma |
| <input type="checkbox"/> Coágulos de Sangre | <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Úlceras de Estómago | <input type="checkbox"/> problema de hígado | <input type="checkbox"/> Cáncer |
| <input type="checkbox"/> MRSA | <input type="checkbox"/> SIDA/HIV | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Otro _____ | |

Cirugías Anteriores: Ninguno Hospital/Fecha Cirugías Anteriores Hospital/Fecha

1.	4.
2.	5.
3.	6.

Problemas con anestesia?: Sí No

Si es Sí, Describa: _____

Alergias a medicamentos: Ninguno Sí, Lista →

Medicación	Reacción Alérgica

Los medicamentos que toma actualmente (incluyendo sin receta medicamentos, vitaminas, hierbas y medicamentos prescritos):

Vea lista de medicamentos separada No tomo medicamentos des de _____ (fecha)

Fecha	Medicación	Dosis/Frecuencia	¿Por qué está tomando este medicamento?

Firma del Paciente: _____

Fecha: _____