



En un esfuerzo para servirle mejor, pedimos que usted nos provea la siguiente información. Necesitamos esta información para darle el mejor cuidado y tratamiento posible.

▶	▶	▶	▶	▶
▶	▶	▶	▶	▶
APELLIDO DEL PACIENTE	PRIMER NOMBRE DEL PACIENTE	INICIAL SEG. NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	GENERO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F

PROBLEMA ACTUAL

**Enfermedad / lesión:** (Por favor marque si alguna vez ha tenido)

<input type="checkbox"/> Presión Alta	<input type="checkbox"/> Derrame	<input type="checkbox"/> Artritis
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Cáncer (anote tipo)	<input type="checkbox"/> Problema de la Tiroides
<input type="checkbox"/> Ulceras	<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Problemas del Pulmón /Asma
<input type="checkbox"/> Ataque Cardíaco	<input type="checkbox"/> Piedras de Riñón	<input type="checkbox"/> Cálculos Biliares [Piedras en la Vésicula]
<input type="checkbox"/> Problema del Corazón (Anote Tipo)	<input type="checkbox"/> Transfusión de Sangre	<input type="checkbox"/> Exposición a la Tuberculosis
<input type="checkbox"/> Soplo en el Corazón	<input type="checkbox"/> Colesterol Alto	<input type="checkbox"/> Otro (por favor anote)

**Antecedentes Familiares:**

(Por favor marque si alguien en la familia inmediata –padres o hermanos- han tenido alguna vez)

<input type="checkbox"/> Presión Alta	<input type="checkbox"/> Ataque Cardíaco
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Problema del Corazón (anote tipo)
<input type="checkbox"/> Cáncer (anote tipo)	<input type="checkbox"/> Colesterol Alto
<input type="checkbox"/> Derrame	<input type="checkbox"/> Otro (por favor anote)

POR FAVOR ANOTE LOS DETALLES DE SELECCIONES ANTEDICHAS, SI LAS HAY

**Operaciones/Cirugías:** (por favor anote los nombres y las fechas de todas las operaciones que ha tenido)

Ninguna

▶	▶	▶
NOMBRE DE LA OPERACIÓN	AÑO	COMPLICACIONES
▶	▶	▶
NOMBRE DE LA OPERACIÓN	AÑO	COMPLICACIONES
▶	▶	▶
NOMBRE DE LA OPERACIÓN	AÑO	COMPLICACIONES

**Medicamentos:** (Por favor anote todas las medicinas y dosificaciones, incluyendo medicinas sin receta y suplementos)

Ninguna

▶	▶
NOMBRE DE LA MEDICINA	DOSIFICACIÓN Y FRECUENCIA
▶	▶
NOMBRE DE LA MEDICINA	DOSIFICACIÓN Y FRECUENCIA
▶	▶
NOMBRE DE LA MEDICINA	DOSIFICACIÓN Y FRECUENCIA

**Alergias:** (Por favor anote cualesquier alergia y reacción a medicamento)

Ninguna

▶	▶
NOMBRE DE LA MEDICINA	REACCIÓN
▶	▶
NOMBRE DE LA MEDICINA	REACCIÓN
▶	▶

**Otra información:**

¿Usted ahora utiliza tabaco?  Si  No ▶

¿Usted ha utilizado tabaco en el pasado?  Si  No ▶

¿Usted bebe alcohol?  Si  No ▶

¿Usted ha utilizado alcohol en el pasado?  Si  No ▶

¿Usted utiliza drogas de la calle?  Si  No ▶

¿Usted ha utilizado drogas de la calle?  Si  No ▶

¿Tiene directiva avanzada de cuidado médico?  Si  No | ¿Quiere más información acerca de directiva avanzada de cuidado médico?  Si  No

La información susodicha es verdadera y exacta.

▶	▶
FIRMA DEL PACIENTE (PADRE O ENCARGADO SI PACIENTE ES MENOR DE EDAD)	FECHA