



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	▶ <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)

▶

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

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

Otra información:

¿Usted ahora utiliza tabaco? Si No ▶

▶ TIPO	▶ CANTIDAD / DÍA	▶ NO. AÑOS
--------	------------------	------------

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

▶ FECHA QUE DEJO DE USAR

¿Usted bebe alcohol? Si No ▶

▶ TIPO	▶ CANTIDAD / DÍA	▶ NO. AÑOS
--------	------------------	------------

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

▶ FECHA QUE DEJO DE USAR

¿Usted utiliza drogas de la calle? Si No ▶

▶ TIPO(S)	▶ <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	▶ NO. AÑOS
-----------	---	------------

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

▶ FECHA QUE DEJO DE USAR	▶ TYPE(S)	▶ <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
--------------------------	-----------	---

▶ INTRAVENOSOS

¿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
---	---------