



# Historia de la Salud

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.

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

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 Vesícula]
<input type="checkbox"/> Problema del Corazón (Anote Tipo)	<input type="checkbox"/> Transfusión de Sangre	<input type="checkbox"/> Exposición a la Tuberculosis
<input type="checkbox"/> Heart Murmur	<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 inmediatepadres ohermanoshan 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

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
NOMBRE DE LA OPERACIÓN	AÑO	COMPLICACIONES
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
NOMBRE DE LA OPERACIÓN	AÑO	COMPLICACIONES
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
NOMBRE DE LA OPERACIÓN	AÑO	COMPLICACIONES

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

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
NOMBRE DE LA MEDICINA	DOSIFICACIÓN Y FRECUENCIA	NOMBRE DE LA MEDICINA	DOSIFICACIÓN Y FRECUENCIA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
NOMBRE DE LA MEDICINA	DOSIFICACIÓN Y FRECUENCIA	NOMBRE DE LA MEDICINA	DOSIFICACIÓN Y FRECUENCIA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
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

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
NOMBRE DE LA MEDICINA	REACCIÓN	NOMBRE DE LA MEDICINA	REACCIÓN
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
NOMBRE DE LA MEDICINA	REACCIÓN	NOMBRE DE LA MEDICINA	REACCIÓN



# Historia de la Salud

## 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   Si  No   
 TIPO(S) INTRAVENOUS NO. AÑOS

¿Usted ha utilizado drogas de la calle?  Si  No    Si  No  
 FECHA QUE DEJO DE USAR TYPE NTRAVENOSOS

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

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