



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?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		TIPO	CANTIDAD / DÍA	NO. AÑOS
¿Usted ha utilizado tabaco en el pasado?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="text"/>		
		FECHA QUE DEJO DE USAR		
¿Usted bebe alcohol?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		TIPO	CANTIDAD / DÍA	NO. AÑOS
¿Usted ha utilizado alcohol en el pasado?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="text"/>		
		FECHA QUE DEJO DE USAR		
¿Usted utiliza drogas de la calle?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="text"/>
		TIPO(S)	INTRAVENOUS	NO. AÑOS
¿Usted ha utilizado drogas de la calle?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
		FECHA QUE DEJO DE USAR	TYPE	INTRAVENOSOS
¿Tiene directiva avanzada de cuidado médico?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Quiere más información acerca de directiva avanzada de cuidado médico?		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<input type="text"/>		<input type="text"/>		
FIRMA DEL PACIENTE (PADRE O ENCARGADO SI PACIENTE ES MENOR DE EDAD)		FECHA		