



Historial Medico

(Favor de completar y entregar a la recepcionista)

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Sexo: H M Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Tiene un médico donde usted va regularmente? _____

Historial Medico

Está tomando alguna medicina ahora? _____

Qué está tomando? _____ Cada cuánto la toma? _____

Cuánto toma cada vez? _____

Tiene alguna alergia? Si No Alimento o medicina? _____

A una medicina? _____ A un alimento? _____

Ha tenido accidentes u operaciones? _____ Cuáles? _____

Ha estado en el hospital alguna vez? _____ Por qué? _____

Marque las enfermedades que usted ha tenido:

	Personal:	Familia:	Relacion:
		(Marque las enfermedades que un miembro de su familia ha tenido)	
Anemia	_____	_____	_____
Artritis	_____	_____	_____
Asma	_____	_____	_____
Problemas en las sangre (coágulos)	_____	_____	_____
Cáncer (Tipo de cáncer) _____	_____	_____	_____
Problemas de memoria	_____	_____	_____
Diabetes (azucar en la sangre)	_____	_____	_____
Problemas del estómago	_____	_____	_____
Glaucoma	_____	_____	_____
Problemas del corazón	_____	_____	_____
Colesterol alto	_____	_____	_____
Presión alta	_____	_____	_____
Problemas del hígado	_____	_____	_____
Hepatitis	_____	_____	_____
Jaqueca/migrana	_____	_____	_____
Problemas siquiátricos _____	_____	_____	_____
• Depresión			
• Ansiedad			
Obesidad	_____	_____	_____
Derrame cerebral o hemiplegia	_____	_____	_____
Abuso de sustancia (alcohol, drogas)	_____	_____	_____
Enfermedad de la tiroides	_____	_____	_____
Tuberculosis	_____	_____	_____
Ataque de apoplejía	_____	_____	_____
Otros (especifique) _____	_____	_____	_____

Exámenes (Fecha del examen)

Examen físico _____
Colesterol _____
Otros _____

Endoscopia del intestino _____
Sangre en el excremento _____
Mujer:
Fecha del último examen ginecológico _____
Fecha de la última mamografía _____

Vacunas (Fecha)

Adultos

Tétano _____
Influenza _____
Pneumovax (Para la pulmonía) _____
Otros (Hep A, Hep B, Polio, MMR) _____

Niños

Por favor entregue el documento
de las vacunas a la enfermera

Hábitos?

Fuma? _____ Cuánto? _____ Bebe? _____
Bebe? _____ Cuanto bebe por día? _____ Por semana? _____
Toma café? _____ Cuánto soda, te? _____ Cuánto? _____
Usa drogas/narcóticas? _____ Cuántas? _____

Historia Social

Estado civil: Soltero Casada Divorciado Viudo(a) Separado(a)

Ocupación _____ Ultima disposición? Si No

Nombres de los niños que viven con usted? Nombres de niños que no viven con usted?

Nombre Edad Nombre Edad

Vida Espiritual

Qué tan importante es la religión/vida espiritual para usted?

- a. No muy importante
- b. Más o menos
- c. Muy importante

Asiste a una iglesia? _____ Cada cuánto? _____

Cuál es su religión _____

Ora usted regularmente? _____

Hay algo que usted quisiera compartir con el médico acerca de su religión? _____
