

Historia Médica

Nombre del Paciente: _____ Sexo : M F Fecha de hoy: _____

Edad: _____ Fecha de Nacimiento : ____/____/____ Idioma Primario: _____

Médico De Cabezera: _____ Teléfono#: _____

Médico que lo refirio a esta oficina: _____ Teléfono#: _____

Síntoma Principal /Razón de Visita: _____

Historial Médico / Condiciones Médicas:

Embarazada / en Cinta? Si No Esta dando de enfermería a un bebé? Si No

Historial De Cirugías? Si No Si ha tenido alguna cirugía, por favor de indicar la fecha y el tipo de cirugía,:

Historial Familiar de Problemas Medicos? Si No Si su respuesta es si, porfavor indicar problema y indicar familiar afectad(o/a) por este problema.

Consume o usa alguna producto que contenga Tabaco? Si No Que cantidad? _____

Si dejo de fumar, cuanto fumaba antes? _____ Por que tiempo fumo? _____

Consume Alcohol? Si No Que cantidad?: _____ Frecuencia: _____

Ha tenido o actualmente tiene problemas de abuso de sustancia ? Si No

Indique alguna alergia que pueda tener, incluyendo Medicamentos, Comidas, Ambiental, o Látex: _____

Ninguna Alergia Conocida

Indique todos los medicamentos que actualmente este tomando, incluyendo medicina disponible sin receta o vitaminas.

Firma del Paciente: _____

(Si el paciente es menor de edad, persona que completó esta Historia Médica)

