

Formulario de Historia Médica del Paciente

Nombre: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Historia Personal						
<b>Por favor liste todos los medicamentos que esta tomando ahora.</b>						
<b>Indique cualquier alergia que tenga.</b>						
<b>Por favor liste cualquier condición crónica que tiene (asthma, diabetes, glaucoma, presion alta, otro)</b>						
<b>Por favor, enumere las principales enfermedades, lesiones, cirugías, hospitalizaciones en los últimos 10 años</b>						
Historia Familiar			Historia Social			
Hay en su familia?	Sí	No		Sí	No	Sí, ¿con qué frecuencia?
Anemia			Tabaco			
Artritis			Alcohol			
Diabetes			Otra clase de drogas			
Glaucoma			Exámenes Preventivos			
Enfermedades del Corazon			En el último año, ¿ha tenido?		Sí	No
Presion Alta			Comprobar tensión arterial			
Colesterol Alto			Análisis de sangre			
Enfermedad de la tiroides			Vacuna contra la gripe			
<b>Consulte el Formulario de Historia del Cáncer adjunta</b>			Examen Físico			
Hombres			Mujeres			
En los últimos 2 años, ¿ha tenido?	Sí	No	En los últimos 2 años, ¿ha tenido?	Sí	No	
Colonoscopia			Colonoscopia			
Examen de Próstata			Mamografía			
Examen Testicular			Prueba de Papanicolaou			