

## Historial Médico

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

¿Usted **tiene** o ha tenido cualquier de los siguientes?

	Sí	No		Sí	No
Diabetes	___	___	Problemas de los riñones	___	___
Condición anormal del corazón	___	___	Problemas de los pulmones	___	___
Presión anormal (alta o baja)	___	___	Problemas de la tiroides	___	___
Soplo del corazón	___	___	Coágulos de sangre (flebitis)	___	___
Artritis	___	___	Desórdenes del estómago	___	___
Mala circulación	___	___	Convulsiones o epilepsia	___	___
Asma	___	___	Desangrar anormalmente por una herida	___	___
Hepatitis o problemas del hígado	___	___	Dificultad en sanar heridas	___	___
			Otra condición: Especifique _____		

Tiene alguna alergia a:

	Sí	No	
Penicilina	___	___	
Anestesia local (novocaína)	___	___	
Aspirina	___	___	
Cinta adhesiva	___	___	
Cualquier otra medicina	___	___	¿Cuál? _____
Cualquier otra alergia	___	___	¿Cuál? _____

¿Está tomando cualquier medicamento al presente? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
Si es afirmativa la respuesta, nombre de la medicina y la razón por tomarla.

¿Ha sido hospitalizado o ha tenido cirugía en el pasado? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
Naturaleza y año de la hospitalización y tipo de cirugía. (Incluya cirugía ambulatoria, dental, podiátrica, etc.)

¿Tiene historial de familia de cualquier de los siguientes?

	Sí	No		Sí	No
Diabetes	___	___	Problemas de la sangre	___	___
Enfermedades del corazón	___	___	Derrame cerebral	___	___
Coágulos	___	___	Cáncer	___	___
¿Ha tenido fracturas o dislocaciones de los huesos? Sí _____ No _____					
¿Fuma? Sí _____ No _____			¿Toma alcohol? Sí _____ No _____		

Firma de la persona completando esta hoja: \_\_\_\_\_