

HISTORIA MEDICA DEL PACIENTE

NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ FECHA: _____

HISTORIA DE PACIENTE	SI	NO	HISTORIA DE LA FAMILIA	SI	NO
Asma			Asma		
Cancer			Cancer		
Enfermedad pulmonar obstructiva Cronica /Bronquitis cronica			Enfermedad pulmonar obstructiva Cronica/ Bronquitis cronica		
Diabetes			Diabetes		
Problema Digestivos			Problema Digestivos		
Problemas auditivos / orejas			Problemas auditivos / orejas		
Epilepsia / convulsiones			Epilepsia / convulsiones		
Poblemas de memoria			Poblemas de memoria		
Problemas musculoesqueleticos			Problemas musculoesqueleticos		
Problemas de la vision			Problemas de la vision		
Enfermedad del Corazon			Enfermedad del Corazon		
Alta presion			Alta presion		
Enfermedad del rinon			Enfermedad del rinon		
Derrame cerebral			Derrame cerebral		
Cirugias			Cirugias		
Problemas tiroides			Problemas tiroides		
Cambios de peso			Cambios de peso		
Hospitalizacion			Hospitalizacion		

Por favor explique si contesto "si"

Medicamentos

Alergias

Historia Social

Fecha de la ultima:

Fumas	Si	NO
Bebes bedidas alcoholicas		
Usas o has usado drogas		
Vives Solo		
Principales factores estresores de la vida		

Analisis de sangre	Si	NO
Colonoscopia		
Vacuna contra la gripa		
Mamograma		
Vacuna contra la neumonia		
Tetanos		
Examen de la vista		
Examen dental		
Vacuna contra la Hepatitis B		
Papanicolaou		
Examen de prostata		
Prueba de tuberculosis		

