

# HISTORIA MÉDICA

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: (r) \_\_\_\_\_ (t) \_\_\_\_\_ (c) \_\_\_\_\_

*(Por favor encierre con un círculo el número de teléfono donde podemos contactarlo fácilmente o dejar un mensaje).*

Médico de Cabecera: \_\_\_\_\_

¿Tiene alergias a algún medicamento?  SI  NO

Si es sí, anote la medicinas a las que es alérgico: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

PACIENTE – HISTORIAL MÉDICOS			FAMILIA - ANTECEDENTES MÉDICOS			
	SI	NO		SI	RELACIÓN	NO
Alergias			Asma			
Asma			Enfermedad Cardiovascular			
Artritis			Depresión			
Depresión			Diabetes Tipo 1 o Tipo 2			
Diabetes Tipo 1 o Tipo 2			Cáncer: Tipo			
Reflujo Gastrico (GERD)			Enfermedad del Riñón			
Enfermedad del Corazón			Migrañas			
Presión Arterial Alta			Presión Arterial Alta			
Colesterol Alto			Osteoporosis			
Enfermedad del Riñón			Convulsiones			
Enfermedad del Hígado			Derrame Cerebral			
Migrañas			Enfermedad de la Tiroides			
Osteoporosis			Degeneración Macular			
Convulsiones			Glaucoma			
Enfermedad de la Tiroides			Cataratas			
Otros			Otros			

## SOCIAL

Empleador Actual/Estudiante: \_\_\_\_\_

Menor

Estado Civil  Soltero  Divorciado  Viudo  Casado Nombre del Conyuge: \_\_\_\_\_

¿Conduce usted un automóvil?  SI  NO

¿Tiene dificultad visual al conducir?  SI  NO

¿Tiene problemas con la visión nocturna?  SI  NO

¿Toma bebidas alcohólicas?  SI  NO Si sí:  1/día  2-3/día  4+/día  Ocasionalmente

¿Fuma?  SI  NO Tipo \_\_\_\_\_

¿Ha sido fumador?  SI  NO ¿Cuánto tiempo fumó? \_\_\_\_\_

¿Cuándo dejó de fumar? \_\_\_\_\_ ¿Cuánto fumaba? \_\_\_\_\_

¿Cuándo fue expuesto a humo pasivo?  SI  NO