

Nombre de Paciente:  
Fecha de Nacimiento:

**Medicamentos** Anote todos los medicamentos que toma, la dosis y la frecuencia

---

---

---

---

---

**HISTORIA MÉDICA PASADA** Por favor marque lo que corresponda o llene el espacio

Es usted alérgico a algún medicamento?  Si  No

En caso afirmativo, indique a qué es alérgico: \_\_\_\_\_

---

Compruebe **si tiene** alguno de estos problemas:

Asma  Diabetes  Enfermedad del corazón  Hepatitis  Alta Presion

Colesterol alto  VIH o SIDA

Por favor liste cualquier otro problema médico que pueda tener: \_\_\_\_\_

---

---

Por favor, anote cirugías previas: \_\_\_\_\_

---

---

**HISTORIA SOCIAL**

Cuál es su ocupación? \_\_\_\_\_

Ha fumado cigarrillos?  Si  No Si sí, cuántos años? \_\_\_\_\_

Estás fumando ahora?  Si  No Si si, cuántos paquetes? \_\_\_\_\_

Consume alcohol?  Si  No Si si, cuántas cervezas o bebidas individuales por semana? \_\_\_\_\_

HISTORIA FAMILIAR

Compruebe si los siguientes problemas son en su familia:

	Padre	Madre	Otro (Por favor, escribe la relación a usted):		
			_____	_____	_____
<u>Cardiovascular</u>					
Hipertensión (Alta presión)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hiperlipidemia (Colesterol alto)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro Cardiovascular: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cancer (que tipo?): _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Pulmonar/Respiratorio</u>					
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EPOC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro Respiratorio: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Gastrointestinal</u>					
Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro Gastrointestinal: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Renal/Genitourinario</u>					
Insuficiencia Renal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro Renal/Genitourinario: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Neurológica/Genética</u>					
Demencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Migrañas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro Neurológica/Genética: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Endocrino</u>					
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipotiroidismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipertiroidismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro Endocrino: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hematología _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Musculoesquelético</u>					
Gota	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoartritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reuma Articular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro Musculoesquelético: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Alergia/Inmunología</u>					
Alergias: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SIDA / VIH +	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro Alergia/Inmunología: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psiquiátrico: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Por favor indicar el estado de salud de su padre/madre:

**Padre:**  Vivo  Fallecido

Si ha fallecido, de que murió su padre? \_\_\_\_\_

**Madre:**  Viva  Fallecida

Si ha fallecido, de que murió su madre? \_\_\_\_\_