



Nombre de Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Sexo: ___M___F

Raza: _____

Por cual razón usted viene hoy? _____

Marque con una (X) las condiciones que se aplican a usted.

Por Favor marque las cirugías y el año que las tuvo:

- Artritis
- Asma
- Dolor de Espalda
- Trastornos de la coagulación
- Cáncer
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
- Depresión
- Diabetes Mellitus
- Vértigo
- Problemas de Visión
- Sincope / desmayo
- Piedras en la vesícula
- Ulcerativa Colitis
- Gota
- Migraña
- Sordera
- Historia clínica cardíaca
- Hepatitis
- SIDA
- Presión Alta
- Hígado, estómago o enfermedad intestinal
- Lupus
- La parálisis
- Adormecimiento
- Osteoporosis
- Insuficiencia Renal
- Los Trastornos Respiratorios
- Artritis
- Sarcoidosis
- Convulsiones
- Trastornos de la columna vertebral
- Derrame Cerebral
- Enfermedad de la tiroides
- Infección urinaria
- Infecciones de transmisión sexual

- ___ Cirugía General
- ___ Cirugía otorrinolaringológica
- ___ La cirugía de cataratas
- ___ Cirugía de Tiroides
- ___ Amigdalectomía
- ___ Reparación de aneurisma aórtico
- ___ Angioplastia
- ___ CABG
- ___ Otras Cirugías del corazón
- ___ Angioplastia coronaria
- ___ Cirugías de Mama/seno
- ___ Cirugía abdominal
- ___ Apendectomía
- ___ Cirugía de la vesícula biliar
- ___ Colectomía
- ___ Cirugía bariátrica
- ___ Otras Cirugías gástricas
- ___ Hernia Inguinal
- ___ Intestinal Bypass
- ___ Abrir
- ___ Resección del intestino delgado
- ___ La cirugía de úlcera
- ___ Cirugía de Piel
- ___ Cirugía ortopédica
- ___ Cirugía de espalda/cuello
- ___ Síndrome de Túnel Carpiano
- ___ Neurocirugía
- ___ Cesáreas
- ___ Histerectomía
- ___ Cirugía de ovarios
- ___ Ligadura de Trompas
- ___ Cirugía de la Vejiga
- ___ Cirugía de Próstata
- ___ Litotripsia

Por favor indique cuando tuvo los siguientes exámenes o servicios preventivos y el año que los tuvo:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> ___ Angiograma Cardiac | <input type="checkbox"/> ___ Vacuna de la Gripe | <input type="checkbox"/> ___ Papanicolau |
| <input type="checkbox"/> ___ Radiografía de tórax | <input type="checkbox"/> ___ Vacuna de Hepatitis | <input type="checkbox"/> ___ Examen/Ultima Mamografía |
| <input type="checkbox"/> ___ Prueba de Estrés de Corazón | <input type="checkbox"/> ___ Vacuna de neumonía | <input type="checkbox"/> ___ Examen Rectal |
| <input type="checkbox"/> ___ Eco cardiograma | <input type="checkbox"/> ___ Vacuna de Tetano | <input type="checkbox"/> ___ Colonoscopia |
| <input type="checkbox"/> ___ Electrocardiograma | <input type="checkbox"/> ___ Vacuna de HPV | <input type="checkbox"/> ___ Examen de material fecal para sangre oculta |
| <input type="checkbox"/> ___ Examen de densidad ósea | <input type="checkbox"/> ___ Vacuna de Zoster | <input type="checkbox"/> ___ Examen de prostrata |

Por Favor, indique cualquier alergia o intolerancias que tiene a medicamentos u otras sustancias y sus reacciones.

Anote todos los medicamentos que actualmente está tomando, anote las dosis y la cantidad que toma diariamente. (Incluye suplementos y medicamentos sin receta/naturales).

HISTORIA MÉDICA DE LA FAMILIA

Por Favor, marque la información que la aplique usted:

	HIJO(A)	PADRE	MADRE	HERMANO	HERMANA	ABUELO(A)
CANCER						
DIABETES						
ENFERMADA DEL CORAZON						
PRESION ALTA						
MUERTE SUBITA						
ARTRITIS						
LUPUS						
ENFERMEDAD MENTAL						
REUMA ARTICULAR						
SARCOIDOSIS						
CONVULSIONES						
TUBERCULOSIS						

POR FAVOR, MARQUE LA INFORMACION QUE LE APLIQUE USTED:

EDUCACION	SEXUALIDAD	ESTADO CIVIL	CON QUIEN VIVE	DIETA	EJERCICIOS
Primaria	Heterosexual	Soltero(a)	Solo(a)	Nada	Nada
Secundario	Homosexual	Casado(a)	Con Esposo(a)	Bajo en Grasa	Caminar
Colegio	Bisexual	Divorciado(a)	Con Padres	Bajo en colesterol	Aerobicos
Post Grado	Transsexual	Viudo(a)	Vivienda Asistida	Bajo en carbohidratos	Levanta Pesas
Doctoro		Seperado(a)	Asilo de Ancianos	Vegetariano	___Dias/Semanas
MEDICINA ALTERNATIVAS	TOBACO	ALCOHOL	DROGAS ILICITAS	CAFEINA	
Holística	Nunca ha Fumado/fumaba/fuma	Nunca/Pasado/Activo	Nunca/pasado/Activo	Nunca/Pasado/Activo	
Quiropráctico	Cigarro/pipa/tabaco para masticar	vo	Cocaína/Marijuana	Activo	
Herbario	Año en que empezó fumar ___	Licor/Vino/Cerveza	Heroin/Amphetamine	Café/Tea/Soda	
Acupuntura	Año en que dejo de fumar ___	Bebidas por día	LSD/PCP	___latas/vasos por día	
Remedios caseros	Cuántos cajas fuma ___	/semana/mes__	Consumo de drogas intravenosas		