

Información Médica del Paciente

Fecha: _____

Apellido: _____ Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

MI HISTORIA MEDICA: He sido tratado por lo siguiente:

- | | | | | |
|--|---|--|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> AFIB | <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Derrame Cerebral | <input type="checkbox"/> Migrañas | <input type="checkbox"/> Tiroides |
| <input type="checkbox"/> Alcohol/Droga | <input type="checkbox"/> Coágulos de | <input type="checkbox"/> Desorden Genético | <input type="checkbox"/> Neuropatía | <input type="checkbox"/> Tumores/Masas |
| <input type="checkbox"/> Alta Presión | sangre | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Obesidad | <input type="checkbox"/> Úlceras |
| Sanguínea | <input type="checkbox"/> COPD | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Osteoporosis | <input type="checkbox"/> Vejiga |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Colester. Alto | <input type="checkbox"/> Hepatitis C | <input type="checkbox"/> Riñón | <input type="checkbox"/> VIH |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Corazón | <input type="checkbox"/> Hígado | <input type="checkbox"/> Tabaco | |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | |

MIS MEDICAMENTOS:

<i>Nombre del Medicamento</i>	<i>Dosis</i>	<i>Quien Prescribió Esto</i>	<i>Fecha de Prescripción</i>
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

MI FARMACIA: Número de Teléfono: _____

Nombre de Farmacia _____ Ciudad / Pueblo: _____

MIS VACUNAS:

- Gripe Neumonía Herpes Tétanos Hepatitis B

MI HISTORIAL SOCIAL: Yo utilizo . . .

- Tabaco Alcohol Cafeína Marihuana Otras drogas

MIS APARATOS DE ASISTENCIA:

- Silla de Ruedas Caminadora Bastón Tanque de Oxígeno Máscara CPAP Audífono

MIS OPERACIONES Y PROCEDIMIENTOS: por favor enumere las operaciones y procedimientos con sus fechas

_____	_____
_____	_____
_____	_____

MIS ALERGIAS DE ALIMENTOS Y MEDICAMENTOS:

_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

MI HISTORIA DE SALUD FAMILIAR:

- Cáncer Diabetes Enfermedad de Corazón Alta Presión Sanguínea Derrame Cerebral
 Alzheimer Alcohol / Dependencia de Drogas