

Alergias/Intolerancias    ☐ No se conocen alergias

Alergia	Reacción alérgica

Historial médico personal

Enfermedad/condición	Actual	Pasado	Comentarios
Alcoholismo/abuso de drogas			
Asma/EPOC			
Cáncer (tipo:_____)			
Depresión/Ansiedad/Bipolar/Suicidio			
Diabetes (tipo:_____)			
Cardiopatía			
Presión arterial alta (hipertensión)			
Colesterol alto			
Nefropatía			
Dolores de cabeza por migraña			
Osteoporosis/Osteopenia			
Enfermedad de la tiroides			
Ataque o derrame cerebral			
Otro: _____			
Otro: _____			

Historia Quirúrgica    ☐ Sin cirugías previas

Tipo de cirugía ( <i>Especifique izquierda/derecha</i> )	Fecha	Hospital/Clínica

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

## Historia médica familiar ☐ No se conocen antecedentes familiares significativos

✓ Marque todo lo que corresponda	Abuso de drogas/alcohol	Cáncer (tipo: _____)	Depresión/Ansiedad	Bipolar/Suicidio	Diabetes (tipo: _____)	Cardiopatía	Presión arterial alta (hipertensión)	Colesterol alto	Enfermedad pulmonar	Enfermedad de la tiroides	Enfermedad de riñones	Migrañas	Ataque/derrame cerebral	Otro: _____
Madre														
Padre														
Hermano														
Hermana														
Niño														
Abuela Materna														
Abuelo Materna														
Abuela Paterna														
Abuelo Paterno														
Otro: _____														

## Otros problemas de salud

<b>Uso de tabaco</b>	Fumar cigarrillos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Otro: <input type="checkbox"/> Pipa <input type="checkbox"/> Cigarro <input type="checkbox"/> Masticar <input type="checkbox"/> Vapear
Actual: Paquetes/Día: _____ # de años: _____ Pasado: Cuando dejó de fumar: _____ Paquetes/día _____	
<b>Uso de alcohol/drogas</b>	¿Bebes alcohol? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cerveza <input type="checkbox"/> Vino <input type="checkbox"/> Licor # de bebidas/semana _____
Consumo de marihuana: <input type="checkbox"/> Pasado <input type="checkbox"/> Actual Otras drogas recreativas: <input type="checkbox"/> Pasado <input type="checkbox"/> Actual	

## Medicamentos

Medicamentos	Dosis (Mg., Pastilla)	Veces por día	Doctor

Enumere los medicamentos adicionales en una hoja de papel en blanco con la información requerida.

## Otros proveedores/especialistas

Especialista	Nombre	Última visita