

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha de hoy: _____

Alergias/Intolerancias No se conocen alergias

Alergia	Reacción alérgica

Histórico 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 (Especifique izquierda/derecha)	Fecha	Hospital/Clínica

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Historia médica familiar No se conocen antecedentes familiares significativos

Otros problemas de salud

Uso de tabaco	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 _____	
Uso de alcohol/drogas	¿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