

RAZON PARA LA VISITA

ALERGIA DE MEDICAMENTOS

MEDICAMENTOS RECETADOS

HISTORIAL MEDICO DE FAMILIA

	PADRE	MADRE	ABUELOS MATERNOS	ABUELOS PATERNOS	HERMANOS	HIJOS
Problemas de Corazon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alta presion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cancer del colon/polipos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Convulsions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ulceras de estomago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de rinon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Derrame cerebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CIRUGIAS Y HOSPITALIZACIONES

Razon _____ fecha _____ razon _____ fecha _____

Mujeres solamente -----esta embarazada? Si _____ No _____ planeando estar embarazada? ---Si _____ No _____

HISTORIAL MEDICO PASADO

<input type="checkbox"/> Fiebre Escarlatin	<input type="checkbox"/> enfermedad del corazon congenital	<input type="checkbox"/> enfermedad del higado	<input type="checkbox"/> ansiedad
<input type="checkbox"/> Fiebre reumatica	<input type="checkbox"/> ataque de Corazon	<input type="checkbox"/> enfermedad de vesicula	<input type="checkbox"/> anemia
<input type="checkbox"/> alergias	<input type="checkbox"/> angina/Dolores de pecho	<input type="checkbox"/> polipos del colon	<input type="checkbox"/> problema de thyroide
<input type="checkbox"/> diabetes	<input type="checkbox"/> palpitaciones del Corazon	<input type="checkbox"/> enfermedad de los rinones	<input type="checkbox"/> algun otro
<input type="checkbox"/> alcoholismo	<input type="checkbox"/> falla del Corazon	<input type="checkbox"/> problemas con la menstruacion	
<input type="checkbox"/> fatiga	<input type="checkbox"/> murmur del Corazon	<input type="checkbox"/> enfermedades de transmission sexual	
<input type="checkbox"/> desmayo/mareos	<input type="checkbox"/> alta presion	<input type="checkbox"/> artritis	
<input type="checkbox"/> corta respiracion	<input type="checkbox"/> colesterol alto	<input type="checkbox"/> gota	
<input type="checkbox"/> asma	<input type="checkbox"/> restrincion del esofago	<input type="checkbox"/> derrame cerebral	
<input type="checkbox"/> enfermedad del pulmon	<input type="checkbox"/> ulceras	<input type="checkbox"/> convulsiones	

HABITOS SOCIALES

Fuma: paquetes diarios _____
Hace cuanto tiempo? _____
Cuando termino? _____

Alcohol: tipo y cantidad _____
Hace cuanto tiempo? _____
cuando termino? _____

Rutina de ejercicios: _____

Café: tazas diarias? _____
abuso de drogas: tipo y cantidad _____
hace cuanto tiempo? _____
Cuando termino? _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA: _____