



HISTORIA DE SALUD DEL PACIENTE

Para que nos permita obtener una historia médica completa, es importante para que usted llene el formulario lo más completo posible. Esta información es muy importante. **Por favor, llene todos los elementos.** Es importante que su médico sepa que ha revisado cuidadosamente todos los aspectos de este formulario. Esta información será ingresada en la computadora y le invitamos a una copia del informe, si así lo desea.

Apellido: _____ Nombre Completo: _____

Sexo: Hombre Mujer Fecha de Nacimiento: _____ Altura: _____ Peso: _____

Nombre de Doctor Primario: _____

Preferencia de Farmacia (incluya lugar): _____

RAZON DE LA VISITA DE HOY: _____

POR FAVOR LISTE CUALQUIER MEDICAMENTO QUE USTED ESTÁ TOMANDO

Nombre de Medicamento	Dosis	Con Que Frecuencia Tornado

¿ES USTED ALERGICO A ALGÚN MEDICAMENTO? Si No. En caso afirmativo, liste abajo:

Nombre de Medicamento	Tipo de Reacción

CIRUGÍAS Y HOSPITALIZACIONES.

¿Alguna vez ha tenido problemas con la anestesia (ser anestesiado o puesto a dormir)? Si No
En caso afirmativo, por favor indique los tipos de problemas: _____

Liste cualquier cirugía que haya tenido (incluya fechas): _____

¿Alguna vez ha sido hospitalizado por razones no quirúrgicas? Si No
Si contestó si, indique las razones por las que ah sido hospitalizado: _____

OCUPACIÓN ACTUAL O MÁS RECIENTE: _____ * Por favor continúe a la página siguiente