

## HISTORIAL de SALUD del PACIENTE

Para que podamos obtener un historial médico completo, es importante que complete este formulario de la manera más completa posible. Esto es muy importante por favor complete cada artículo. Es importante que el médico sepa que ha revisado cuidadosamente cada área de este formulario. Esta información se ingresará en la computadora y pueda recibir una copia del informe si así lo desea.

Apellido del paciente \_\_\_\_\_ Primer \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

Sexo  Masculino  Femenino Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Raza: (un círculo) No especificado, Estado de Declive, Indio Americano o Nativo Alaskan, Asiático, Negro o Afro Americano, Nativo Hawái u o Isla Del Pacifico, Alguna otra raza, Blanca

Origen étnico: (un círculo) no especificado, estado de Declive, Hispano o Latino, No Hispano o Latino

Idioma Preferido: (un círculo) Inglés, Español

Altura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_

Nombre del médico de atención primaria: \_\_\_\_\_

Preferencia de farmacia (incluye ubicación): \_\_\_\_\_

Motivo de la visita de hoy: \_\_\_\_\_

### POR FAVOR DE PONER LOS MEDICAMENTAS QUE ESTÁ TOMANDO ACTUALMENTE:

Nombre de la Medicación	Dosificación	Con Que Frecuencia

¿Eres alérgico a algún medicamento? \_\_\_\_ Si \_\_\_\_ No. Si si, por favor diga el tipo de reacción:

Nombre de la Medicación	Tipo de Reacción

### CIRUGÍAS Y HOSPITALIZACIONES.

¿Alguna vez has tenido algún problema con la anestesia? \_\_\_\_ Si \_\_\_\_ No

Si si, por favor, enumere el tipo de problemas:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Enumere todas las cirugías que haya tenido. (Incluya las fechas):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha sido hospitalizado por razones no quirúrgicas? \_\_\_\_ Si \_\_\_\_ No

Si es así, enumere los motivos de las hospitalizaciones

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

OCUPACIÓN ACTUAL O MÁS DE LA RAZÓN: \_\_\_\_\_