



Este formulario proporciona información sobre su historial médico; es confidencial y forma parte de su expediente médico. Si no entiende alguna pregunta o palabra, solicite ayuda.

HISTORIAL DE SALUD DE ADULTO

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Raza: _____

Idioma preferido: _____ Cómo se enteró de nuestra clínica o quién lo recomendó? _____

HISTORIAL MEDICO

Alguna vez lo han diagnosticado con lo siguiente?

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Anemia | <input type="radio"/> Trastorno de la coagulación |
| <input type="radio"/> Ansiedad | <input type="radio"/> Asthma |
| <input type="radio"/> Reflujo ácido | <input type="radio"/> Soplo en el corazón |
| <input type="radio"/> Cancer | <input type="radio"/> CHF |
| <small>Por favor especifique,</small>
_____ | <input type="radio"/> Enfermedad de la tiroides |
| <input type="radio"/> Derrame Cerebral | <input type="radio"/> Depresión |
| <input type="radio"/> Hipertensión | <input type="radio"/> Infarto de miocardio |
| <input type="radio"/> Nefropatía | <input type="radio"/> Artritis |
| <input type="radio"/> Diabetes Mellitus | <input type="radio"/> VIH/SIDA |
| <input type="radio"/> Convulsiones | <input type="radio"/> EPOC |
| <input type="radio"/> Hepatitis | <input type="radio"/> Colesterol alto |

Hospitalizaciones

Está embarazada o planea quedar embarazada? Si No

Historial de Cirugía

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> Apendectomía | <input type="radio"/> Cirugía de mama |
| <input type="radio"/> Cirugía cerebral | <input type="radio"/> Reparación de hernias |
| <input type="radio"/> Cirugía de columna | <input type="radio"/> Histerectomía |
| <input type="radio"/> Ligadura de trompas | <input type="radio"/> Cirugía Estética |
| <input type="radio"/> Cesárea | <input type="radio"/> Reemplazo de válvula |
| <input type="radio"/> Cirugía Ocular | <input type="radio"/> Cirugía de Próstata |
| <input type="radio"/> CABG | <input type="radio"/> Cirugía de colon |
| <input type="radio"/> Cirugía de vesícula biliar | <input type="radio"/> Extirpación de adenoides/amígdalas |

Alergias

Tiene historial familiares de alguna enfermedad crónica?

MEDICAMENTOS

Por favor, especifique el nombre del medicamento, la dosis y la frecuencia de administración.

