

Nombre legal (primer, segundo, apellido): _____ Fecha de Nacimiento: _____

Por favor llenar este formulario y escriba claramente para que nos ayude con su cuidado médico.

1. ¿Cuál es la razón de su visita hoy? _____

2. Haga una lista de las enfermedades crónicas que tiene _____

3. ¿Qué medicamentos está tomando actualmente?

Nombre	Fuerza	¿Con qué frecuencia?	¿Cuánto tiempo lleva de tomarlo?
--------	--------	----------------------	----------------------------------

Marque aquí si adjunta una lista separada.

4. ¿Tiene alergia a algún medicamento? Si No Si es así, por favor indique la medicación y la reacción: _____

5. ¿Fuma usted actualmente? Si No Si es así, ¿cuantos por día? Cigarillos:: _____ Cigarros: _____ Pipas: _____

¿Cuando empezó a fumar? _____ Si fumo en el pasado, ¿cuando dejo de fumar? _____

6. ¿Toma bebidas alcohólicas? Si No Si es así, ¿de qué y con qué frecuencia? _____

7. ¿Alguna vez has tenido una vacuna contra el tétano? Si No Si es así, ¿Cuántas y cuándo fue la última? _____

8. Indique la fecha de su última:

a. Radiografía de pecho: _____ c. Electrocardiograma: _____ e. Examen de la vista: _____

b. Examen de sangre: _____ d. Prueba de la tuberculina: _____ f. Prueba de papanicolaou: _____

*Por favor circule cualquiera de los elementos anteriores cuáles resultados volvieron como anormal

9. Listar las hospitalizaciones y o operaciones anteriores:

Fecha	Razon
-------	-------

Por favor marque aquí si adjunta una lista separada

10. Si un miembro relacionado de sangre de su familia ha tenido alguna de las siguientes, indique su relación:

TB: _____ Cancer: _____ Problema Pulmonar: _____ Artritis: _____

Fiebre reumática: _____ Problema del corazón: _____ Problema de riñón: _____ Accidentes

Diabetes: _____ Presión arterial alta: _____ Problema estomacal: _____ cerebrovasculares: _____

Problema de la tiroides: _____ Problema mental: _____ Sangría: _____ Glaucoma: _____

Otro (liste el problema y la relación): _____

11. Historia Familiar:

Nombre	Edad, si está vivo	Estado de salud	Edad & Razón de muerte, si no esta vivo
--------	--------------------	-----------------	---

Madre: _____

Padre: _____

Hermanos: _____

Hijos: _____

Firma de paciente (o guardián legal)

Fecha