

Historia Medica Pasada

Tiene o ha tenido alguna vez alguna de las siguientes? Circule (SI) O (NO)

Sida	SI/NO	Abuso de sustancias	SI/NO	Gout	SI/NO	Neuropatia	SI/NO	Dieta Especial	SI/NO
Alergias	SI/NO	Dolor de Pecho	SI/NO	Dolor de cabeza	SI/NO	Osteoporosis	SI/NO	Ataque al corazon	SI/NO
Alergias a anestésicos	SI/NO	Diarrhea cronica	SI/NO	Enfermedad del Corazon	SI/NO	Embolia pulmonary	SI/NO	Pies hinchados	SI/NO
Anginas	SI/NO	Problemas circulatorios	SI/NO	Hemofilia	SI/NO	Atencion psiquiatrica	SI/NO	Cuello hinchado	SI/NO
Artritis	SI/NO	Diabetis	SI/NO	Hepatitis Jaundice	SI/NO	Tratamiento de radiacion	SI/NO	Enfermedad de tiroides	SI/NO
Valvulas cardiacas	SI/NO	Problemas del oido	SI/NO	Alta presion	SI/NO	Erupcion de piel	SI/NO	Tuberculosis	SI/NO
Asthma	SI/NO	Epilepcia	SI/NO	Corazon irregular	SI/NO	Enfermedad respiratoria	SI/NO	Ulceras	SI/NO
Problemas de espalda	SI/NO	Problemas de vista	SI/NO	Problemas de Rinon	SI/NO	Fiebre reumatica	SI/NO	Venas varicosas	SI/NO
Coagulacion	SI/NO	Desmayo	SI/NO	Enfermedad del hidago	SI/NO	Falta de aliento	SI/NO	Enfermedad venereal	SI/NO
Cancer	SI/NO	Calambres	SI/NO	Baja presion	SI/NO	Problemas de sinusitis	SI/NO	Bajo peso	SI/NO

Liste cualquier alergia a medicamentos y/o comidas

Liste todas las medicinas, hierbas, vitaminas o suplementos nutricionales

Nombre, y dosis de medicina	Cada Cuando?	Nombre de doctor que prescribio la medicina.

Cirugias: Marque y ponga fecha a las siguientes

Ninguna cirugia	Codo	Histerectomia
Apendectomia	Hombro	Otro Explique?
Cirugia de Colon	Cadera	
Vesicular biliar	Rodilla	
Reparacion de hernia	Pie	
Cirugia de Corazon	Pie de dedos	
Manos/Dedos	Cuello	
Muneca	Espina Dorsal	
Brazo	Cesaria	

Alguna vez a estado en el hospital? Fecha Y Razon.
