

HISTORIA MÉDICA

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha de hoy: _____

¿Actualmente padece, o ha padecido, alguna de las siguientes?

	Si	No		Si	No		Sí	No
Marcapaso/Desfibrilador			Problemas de equilibrio			Depresión		
Problemas respiratorios			Problemas de incontinencia-Intestinal/vejiga			Inflamación en las extremidades Polio		
Problemas de espalda			Problemas en los ojos			Accidentes cerebrovasculares		
Diabetes			Dolores de cabeza			Osteoporosis		
Cáncer			Coágulos en la sangre / Trombosis de las venas			Mareo		
Presión arterial alta			Anemia			Epilepsia/Convulsiones		
Presión arterial baja			Oxígeno complementario			Problemas de oído		
Problemas musculoesqueléticos			Problemas del habla/lenguaje			Lesiones infectadas/sin sanar		
Dolor de pecho			Problemas de riñones			Utiliza aparatos ortopédicos		
Problemas cardíacos/corazón			Náusea/Vómito			Enfermedades de la piel		
Huesos rotos/Fracturas			Artritis			Fuma		
Problemas estomacales			Ubicación: _____			CPD _____ Años _____		
Problemas de deglución			Tuberculosis			Problemas de voz		

Por favor explique todas las respuestas afirmativas (SI): _____

Por favor enumere los diagnósticos importantes, condiciones y lesiones mayores:

1. _____ 2. _____
3. _____ 4. _____

Por favor enumere las cirugías y su fecha:

1. _____ 2. _____
3. _____ 4. _____

¿Tiene dificultad para comer o deglutir? Si No Si es afirmativo, explique: _____

¿Tiene problemas del habla, lenguaje, voz o cognitivos? Si No Si, es afirmativo por favor explique: _____



Por favor enumere todos los medicamentos que está tomando, incluyendo los recetados, sin receta y suplementos herbales.

1. _____ Para qué: _____ Con qué frecuencia: _____
2. _____ Para qué: _____ Con qué frecuencia: _____
3. _____ Para qué: _____ Con qué frecuencia: _____
4. _____ Para qué: _____ Con qué frecuencia: _____
5. _____ Para qué: _____ Con qué frecuencia: _____
6. _____ Para qué: _____ Con qué frecuencia: _____
7. _____ Para qué: _____ Con qué frecuencia: _____
8. _____ Para qué: _____ Con qué frecuencia: _____
9. _____ Para qué: _____ Con qué frecuencia: _____

¿Sufre alguna alergia, o alergia a medicamentos? Sí No ¿A qué y cómo le afecta? _____

¿Existe la posibilidad de que esté embarazada? Sí No

¿Tiene directivas anticipadas/testamento en vida? Sí No

Por favor explique sus especificaciones de resucitación: _____

¿Hay algo más que debemos saber? _____

Firma del paciente: _____

Fecha: _____