

# HISTORIA MEDICA DE PACIENTE

\_\_\_\_\_  
NOMBRE

\_\_\_\_\_  
SEXO

\_\_\_\_\_  
FECHA NACIMIENTO

\_\_\_\_\_  
TELEFONO

**Por favor llene la información completa. Use parte trasera sea necesario.**

## **USTED A TENIDO? ( Por cualquier si de una explicación)**

PRECION ALTA	NO	SI _____
PROBLEMAS DEL CORAZON	NO	SI _____
PROBLEMAS CON LA CIRCULACION	NO	SI _____
ATAQUES EPILEPTICOS	NO	SI _____
MAREOS	NO	SI _____
DIABETIS	NO	SI _____
HISTORIA MEDICA DE CANCER	NO	SI _____
_____		
OTRAS ENFERMEDADES	NO	SI _____
_____		
SIRUGIA	NO	SI _____
_____		
FISIOTERAPIA	NO	SI _____
_____		

## **TIENE USTED?**

ALGUN METAL EN SU CUERPO? (APARTE DE DIENTES)	NO	SI _____
MARCA PASOS?	NO	SI _____
PROBLEMAS DE LA VISION?	NO	SI _____
PROBLEMAS DE LOS OIDOS?	NO	SI _____

## **AGREGUE ALGUNAS**

ALERGIAS \_\_\_\_\_

MEDICAMENTOS \_\_\_\_\_

## **SOLO PARA MUJERES**

ESTA EMBARAZADA?                      NO                      SI

FECHA DE ULTIMA MENSTRUACION \_\_\_\_\_

**BREVEMENTE DECRIBA LA HISTORIA DE SU PRESENTE ACCIDENTE O ENFERMEDAD:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**FIRMA (SI NO ES PACIENTE INDIQUE PADRE, TUTOR U OTRO)**

\_\_\_\_\_  
**FECHA**