

**HISTORIAL DE PACIENTE NUEVO**

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Carrera: \_\_\_\_\_

Referido por \_\_\_\_\_

Motivo de la cita \_\_\_\_\_

**HISTORICAL MEDICO**

Por favor responda las siguientes preguntas y marque la casilla:

Usted o alguien de su familia ha tenido:

- |   | YES                      | NO                       | FAMILY                   |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Dolores de cabeza o trastornos nerviosos   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Problema de tiroides                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Condicion cardiaca o presion arterial alta | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Trastorno pulmonares                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Problemas de mama                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Ictericia, hepatitis o problemas           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Estomago, intestino o vesicula biliar      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Problemas de rinon o vejiga                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Problema femenina o sexual                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Alergias o sensibilidad o medicamentos    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Anemia o trastornos sanguineos            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Diabetes                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Cancer                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Defectos de Nacimiento                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Otro problema medico                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fuma usted?                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Eres sexualmente activa                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

*USO EXCLUSIVO DEL MEDICO*

**HOSPITALIZACIONES**

Enumera las operaciones u otras enfermedades graves en las que estuvo en el hospital

MES AÑO	Enfermedad/operacion	Complicacion? Si or No

**HISTORIA DEL EMBRAZO**

Indique el numero de:: Embarazos \_\_\_\_\_ A termino \_\_\_\_\_ Prematuro \_\_\_\_\_ Aborto espontaneo \_\_\_\_\_ Aborto \_\_\_\_\_  
Ninos Vivos \_\_\_\_\_

Mes/Dia/Año Nacido	Sexo (M/F)	Normal o Cesarea	Cuantas Semanas Cuando?	Peso de nacimiento	Complicaciones?
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					