

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.					