

Formulario de historia médica

Nombre _____ Fecha _____
 Fecha de nacimiento _____ Número de seguro social _____
 Dirección _____
 Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Teléfono de casa _____

1. Estado civil Casado Solo Divorciado Separado Viudo / a
 2. ¿Fuma usted? Si No Tipo de tabaco: Cigarrillos Puros Tabaco sin humo
 En caso afirmativo, Menos de 1 paquete al día 1 paquete por día Más de 1 paquete al día
 ¿cuánto?
 3. ¿Bebe alcohol? Si No ¿Cuánto? Diario Semanal Raramente Nunca
 Antecedentes médicos: Ninguno Hipertensión Enfermedad del corazón Diabetes Asma
 Otros: _____
 Mano dominante Derecha Izquierda

Antecedentes quirúrgicos Pasado	Medicamentos actuales	Alergias a medicamentos
1. _____ Fecha _____	1. _____	1. _____
2. _____ Fecha _____	2. _____	2. _____
3. _____ Fecha _____	3. _____	3. _____
4. _____ Fecha _____	4. _____	4. _____

Historia de lesiones

1. _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Fecha _____
2. _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Fecha _____
3. _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Fecha _____

¿Trabajos relacionados con la?

Historial médico familiar:

Padre	Madre
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Revisión del sistema (Compruebe las condiciones que ha tenido en los últimos 6 meses):

Constitucional:	<input type="checkbox"/> Fiebre	<input type="checkbox"/> Aumento de peso reciente	<input type="checkbox"/> Pérdida reciente de peso		
HEENT:	<input type="checkbox"/> Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/> Visión borrosa	<input type="checkbox"/> Dolor de oído	<input type="checkbox"/> Dolor de garganta	
Cardiovascular:	<input type="checkbox"/> Dolor en el pecho	<input type="checkbox"/> Palpitaciones	<input type="checkbox"/> Pies / inflamación en el tobillo		
Respiratorio:	<input type="checkbox"/> Tos	<input type="checkbox"/> Sibilancias	<input type="checkbox"/> Dificultad para respirar		
GI:	<input type="checkbox"/> Vómitos	<input type="checkbox"/> Diarrea	<input type="checkbox"/> Estreñimiento	<input type="checkbox"/> Heces sanguinolentas	
Urinario:	<input type="checkbox"/> Frecuencia	<input type="checkbox"/> Dolor	<input type="checkbox"/> Ardiente	<input type="checkbox"/> Sangre en la orina	
Musculoesqueléticas:	<input type="checkbox"/> Dolor en las articulaciones	<input type="checkbox"/> Hinchazón	<input type="checkbox"/> Dolor muscular		
Piel:	<input type="checkbox"/> Salpullido	<input type="checkbox"/> Cambio de color	<input type="checkbox"/> Contusión fácilmente		
Neurológica:	<input type="checkbox"/> Mareos	<input type="checkbox"/> Dificultad para hablar	<input type="checkbox"/> Desmayos	<input type="checkbox"/> Insensibilidad	<input type="checkbox"/> Debilidad
Endocrino:	<input type="checkbox"/> Sed excesiva	<input type="checkbox"/> Hambre excesivo	<input type="checkbox"/> Orinar frecuente	<input type="checkbox"/> Calor intolerantes	<input type="checkbox"/> Fría intolerantes

Firma del paciente

Fecha