

FECHA: _____

HISTORIA DE SALUD DEL PACIENTE (Pagina 1 de 2)

NOMBRE: _____

EDAD: _____

ALTURA: _____

SEXO: _____

Por favor, indique la razón por la cual visita al Dr. _____

Usa algún tipo de tabaco? Si No Cuanto? _____ Por cuanto tiempo? _____

Esta usted tomando algún medicamento, vitaminas, hierbas, o suplementos con esteroides?

Lista de Medicamentos / nombre Suplemento	Dosis y	Con que frecuencia toma:
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Utiliza cremas medicinales para la piel, ungüentos? Si No

Es usted alérgico a algún medicamento? Si No

Liste los Nombres de Medicamentos	Tipo de reacción alérgica que experimenta:
_____	_____
_____	_____

Alérgico a : Mariscos Si No Yodo Si No

Toma regularmente productos con aspirina? Si No

Ha tenido alguna cirugía? Tipo de Cirugía y Fecha	Ha tenido alguna cirugía estética? Tipo de Cirugía y Fecha
_____	_____
_____	_____

Padece de apnea del sueño? Si No Si es así, utiliza CPAP? Si No

Ha tenido anestesia? Si No Alguien en su familia le han diagnosticado hipertermia maligna? Si No

Usted o alguien en su familia ha tenido alguna reacción alérgica u otra a la anestesia? Lista la fecha y	Si No	Condición medica que padeció
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Historia Familiar: Tiene un historial familiar de cualquiera de las siguientes enfermedades?

Si No	Cáncer de Mama	Si No	Diabetes	Si No	Enfermedades de Pulmón
Si No	Desordenes Sanguíneas	Si No	Epilepsia	Si No	Problemas del Corazón
Si No	Cáncer de _____	Si No	Asma	Si No	Enfermedades Renal
Si No	Tuberculosis (T.B.)	Si No	Embolia	Si No	Hipertensión

Salud en General (Marque uno): BUENO ACEPTABLE POBRE

La información anterior es verdadera y correcta en mi mejor conocimiento:

Firma del Paciente o Responsable

Alguna vez ha tenido alguno de los siguientes problemas?

PULMONES (PULMONAR) **SI** **NO**

Asma _____

Tuberculosis (T.B.) _____

Tos crónica o frecuente _____

Radiografía de tórax anormal _____

Enfermedades Respiratorias _____

Nariz crónica/Quejas de sinusitis _____

Falta de aliento _____

Fuma _____

HEMATOLÓGICA **SI** **NO**

Coágulos en las piernas _____

Embolismo pulmonar _____

Flebitis _____

Varices _____

Venas de araña _____

Anormalidades de coagulación _____

Trasfusión de sangre o plasma _____

Hemofilia _____

Hemorragias nasales recurrentes _____

GASTROINTESTINAL **SI** **NO**

Ictericia o hepatitis _____

Enfermedades del hígado _____

Úlceras en el estomago _____

Acidez frecuente _____

Hernia _____

RENAL **SI** **NO**

Enfermedad renal/Piedras _____

Infecciones frecuentes en la vejiga _____

Problemas de la próstata _____

PIEL **SI** **NO**

Cáncer de Piel _____

Urticaria, eczema, erupciones _____

Forma grandes cicatrices/queloides _____

Medicamentos ACTH/Esteroides
(Excluyendo las cremas / lociones) _____

Alérgico al látex o sutura _____

Infecciones frecuentes/ampollas _____

Herpes Labial/Fuegos de fiebre _____

Herpes genital _____

Usted ha sido diagnosticado con
MRSA? _____

NEUROLÓGICA **SI** **NO**

Embolia _____

Desmayos _____

Convulsiones _____

Epilepsia _____

Dolores de cabeza de migraña _____

Desorden de Déficit de atención _____

Bipolar _____

MAMOGRAFÍA **SI** **NO**

Ha tenido usted una mamografía? _____

Si, cuando? _____

CARDIOVASCULAR **SI** **NO**

Prolapso de la valvula mitral _____

Anemia _____

Presión arterial alta _____

Dolor en el pecho/angina de pecho _____

Ataque del corazón _____

Latidos del corazón irregulares _____

Fiebre reumática _____

Soplos del corazón _____

Niveles bajo de potasio _____

Electrocardiograma anormal _____

Marcapasos _____

Alguna enfermedad del corazón _____

Enfermedades de células falciformes _____

MÚSCULO ESQUELÉTICO **SI** **NO**

Dolor crónico de la espalda o cuello _____

Artritis _____

Algún problema musculoesquelético? _____

METABÓLICO **SI** **NO**

Reciente perdida/ganancia de peso
inesperado? _____

Diabetes _____

Problemas Tiroides/Bocio _____

Cambios en medicamento para la tiroides _____

Sudores nocturnos/Fiebres _____

SIDA (HIV +) _____

Sensibilidad al Frió _____

Cambios en la piel _____

Perdida de cabello _____

Estreñimiento frecuente _____

Cambios menstruales _____

Cansada fruecuentemente _____

OJOS **SI** **NO**

Glaucoma _____

Perdida de la visión _____

Usa lentes o pupilentes _____

Visión doble _____

Sequedad _____

Lesion corneal _____

MENTAL **SI** **NO**

Tiene o ha tenido problemas
emocionales? _____

Alguna crisis emocional reciente? _____

Algún abuso verbal o sexual? _____

Historial de abuso de sustancias? _____

EMBARAZO **SI** **NO**

Alguna posibilidad de embarazo? _____

Ha tenido una ligadura de trompas
o histerectomía? _____

Firma del Paciente o Responsable