

# HISTORIAL MÉDICO DEL PACIENTE

Médico : \_\_\_\_\_ Telefono de oficina : \_\_\_\_\_ Fecha del último examen : \_\_\_\_\_

	SÍ	NO		SÍ	NO
1. ¿Estás bajo tratamiento médico ahora?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. ¿Es usted alérgico o ha tenido alguna reacción a lo siguiente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Alguna vez ha sido hospitalizado por alguna operación quirúrgica o enfermedad grave en los últimos 5 años? Si contesto si, explíquelo porfavor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anestésicos locales (por ejemplo, novocaína)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____			Penicilina o cualquier otro antibiótico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____			Medicamentos sulfa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Está tomando algún medicamento? ¿Incluidos los medicamentos sin receta? Si contesto si, ¿qué medicamento(s) está tomando?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Barbitúricos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____			Sedantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____			Yodo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Consumes tabaco?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aspirina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Utilizas sustancias controladas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cualquier metal (por ejemplo, níquel, mercurio, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Usas lentes de contacto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Goma de látex	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Tiene tos persistente o carraspeo no asociado con una enfermedad conocida (que dura más de 3 semanas)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otro (por favor enumere) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			11. Sólo mujeres:		
			a) ¿Está embarazada o cree que podría estar embarazada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			b) ¿Estás amamantando?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			c) ¿Estás tomando anticonceptivos orales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 8. ¿Tiene o ha tenido alguno de los siguientes?

	SÍ	NO		SÍ	NO		SÍ	NO
Presión alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolores en el pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infarto al corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Marcapasos cardíaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Falta de aliento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiebre reumática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Soplo cardíaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Derrame cerebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tobillos hinchados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Angina de pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiebre del heno/Alergias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desmayos / Ataques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cansado frecuentemente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Radioterapia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presión arterial baja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfisema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsia / Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pérdida de peso reciente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leucemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad del hígado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reemplazo de articulación o implante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades renales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis/ictericia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas respiratorios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infección por SIDA o VIH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de transmisión sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prolapso de la válvula mitral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problema de tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas estomacales/úlceras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otro _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

