

NOMBRE _____

FECHA _____

Fecha de nacimiento _____
 Enumerar cualquier MEDICINA que tomes actualmente): _____
 Tienes ALERGIAS a alguna medicina: Si ___ NO ___
 Enumerar las MEDICINAS a las cuales eres ALERGICO _____
 Enumerar todas las ENFERMERDADES importantes (glaucoma, diabetes, hipertensión arterial, ataque del corazón, etc.) o lesiones (conmoción cerebral, etc.): _____
 Enumera cualquier CIRUGIA que hayas tenido (catarata, apendectomía): _____

¿Tienes actualmente problemas en las áreas siguientes?

	Si	No	DETALLES
OJOS (visión, dolor del ojo, rojez, etc.)			
GENERAL/CONSTITUCIONAL (fiebre, pérdida de peso, aumento del peso, fatiga etc.)			
OÍDOS, NARIZ, GARGANTA (perdida de audición, nariz congestionada, del dolor del oído, tos, boca seca, del etc.)			
CARDIOVASCULAR (presión alta, etc.)			
ARESPIRATORIO (congestión, dificultad al respirar, corto de la respiración, etc.)			
GASTROINTESTINAL (problemas del estómago, diarrea, estreñimiento, úlceras, etc.)			
GENITALES, RIÑÓN, VEJIGA (dolor a orinar, orinar frecuente, impotencia, ictericia amarilla, etc.)			
MUJERES:¿Estás embarazada? ¿Dando el pecho?			
MÚSCULOS, HUESOS, CUJUNTURAS (dolor, tiesura, hinchazón, calambres, artritis, etc. comunes)			
PIEL (espinillas, verrugas, crecimientos, erupción,)			
NEUROLÓGICO (entumecimiento, dolor de cabeza, asimientos, parálisis, etc.)			
PSIQUIÁTRICO (ansiedad, depresión, etc.)			
ENDOCRINA (diabetes, hipotiroideo, etc.)			
BLOOD/LYMPH (anemia, problemas con la transfusión de sangre, etc.)			
ALERGICO/IMMUNOLOGICO (estornudo, hinchazón, rojez, picazón, lupus, etc.)			

ANTECEDENTES FAMILIARES (madre, padre, abuelo, hermano)

¿Algún miembro de tu familia ha tenido estas enfermedades (circula todos que se apliquen)?
 Ceguera, catarata, glaucoma, diabetes, hipertensión, enfermedad cardiaca, fermento , cáncer, enfermedad de tiroides, artritis, otra:

HISTORIA SOCIAL

¿Has tenido siempre una transfusión de sangre? SÍ ___ NO ___
 ¿Bebes alcohol? Si ___ No ___ Cuanto _____
 ¿Fumas? ¿O fumaste? Si no ¿Cuantos años? _____ ¿Cuantos paquetes al día?

Firma de Doctor _____ Fecha _____