



**HISTORIA MEDICA**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

F. Nac.: \_\_\_\_\_ Estatura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_

Cual es la razon de su visita? \_\_\_\_\_

**Alergias :** Si No

\_\_\_\_\_ Lista de Alergias y reacciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Lista de Alergias y reacciones: \_\_\_\_\_

**Medicacion diaria:** (Por favor incluya medicina para el dolor,hierbas,vitaminas &medicinas sin receta)

Nombre      Dosis      Veces por dia

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nombre      Dosis      Veces por dia

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Existe la posibilidad que este **embarazada?**      Si      No

**Historia Medica Pasada:** (chequee condiciones)

- Anemia
- Diabetes
- Cancer (tipo) \_\_\_\_\_
- Problemas del *riñón*
- Problemas de la Vejiga
- Presion Alta
- Problemas del Corazon
- Colesterol alto
- Asma
- Problemas neurologicos/Convulsiones
- Depresion

- Derrame Cerebral
- Problemas de la Tiroides
- Ulceras/Problemas estomacales
- Hepatitis (tipo) \_\_\_\_\_
- Artritis
- Gota
- Coagulos de Sangre/Flebitis
- SIDA/HIV
- Abuso de sustancias
- Fibromyalgia
- Sleep Apnea