

Historia de salud del paciente

Dr:

fecha de cita:

Appt tiempo:

Por favor llene todos los artículos. Si no aplica... Marca como n /. Es importante para su médico saber que ha revisado cuidadosamente cada área de esta forma. Esta información se ingresará en la computadora y eres Bienvenido a una copia del informe, si lo desea.

Nombre: Fecha de nacimiento: ACCT #

Ins primario: Secundario Ins: Ins terciario:

Sexo: Hombres mujeres **altura:** ___ **peso:** ___ **BP:** Temp de ___: ___

Nombre del médico de atención primaria/ciudad: ubicación/Pharmacy ___: ___

**** LA RAZÓN DE LA VISITA DE OY: _____**

POR FAVOR UNA LISTA DE MEDICAMENTOS ESTÁ TOMANDO ACTUALMENTE:

Nombre del medicamento	Dosis	Con qué frecuencia toma

¿Es usted alérgico a algún medicamento? No sí.. Si sí, indíquelo a continuación:

Nombre del medicamento	Tipo de reacción

POR FAVOR INDICAR LA FECHA APROXIMADA DE SU MÁS RECIENTE:

VACUNA CONTRA LA GRIPE	
VACUNACIÓN CONTRA NEUMONÍA	
MAMOGRAMA	
EXAMEN DE PAP	

CIRUGÍAS y hospitalizaciones:

¿Ha tenido algún problema con cualquier tipo de anestesia (se adormece o poner para dormir)? **No Sí**

Si sí... por favor, indique el tipo de problemas:

Lista cualquier cirugías ha tenido (incluyendo las fechas o años):

¿Hay otros problemas de salud no tratados en nuestros formularios de historia médica?

¿Usted alguna vez sido hospitalizados por razones no quirúrgico? **No Sí**

Si sí, enumerar razones para hospitalizaciones:

¿Es o hay una posibilidad que está embarazada? **No Sí N/A**

¿Eres una madre lactante? **No Sí N / a**