



# Historia Médica de Salud

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: / / \_\_\_\_\_ Fecha: / / \_\_\_\_\_  
 Persona Responsable: \_\_\_\_\_ Sexo del Paciente:  M  F

1. Esta usted en el cuidado de un medico?  Sí  No  
 Nombre de medico: \_\_\_\_\_ # de Telefono: \_\_\_\_\_

Cuando fue su ultimo examen fisico completo? / / \_\_\_\_\_

2. Usted a sido un paciente en un hospital?  Sí  No

3. A tenido usted alguna vez una enfermedad seria o cirugia mayor?  Sí  No

Si es así especifique por favor: \_\_\_\_\_

4. Es usted alergico(a) a algun medicamento o substancia?  Sí  No

Si es así especifique por favor: \_\_\_\_\_

5. Esta usted tomando medicina?  Sí  No

Si es así especifique por favor: \_\_\_\_\_

6. Tiene usted problemas con anestesia local (Novacains), antibioticos, o algun otro medicamento?  Sí  No

Si es así especifique por favor: \_\_\_\_\_

7. Esta usted embarazada o sospecha que puede estar embarazada?  Sí  No

8. Toma usted medicinas anticonseptivas?  Sí  No

9. Mastica, fuma o usa cualquier forma de tabaco?  Sí  No

10. Alguna vez a tenido el tratamiento o consulta médica para los siguientes?

- |  |  |  |                                   |
|--|--|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sangre/sistema circulatorio                           | <input type="checkbox"/> Garganta                  | <input type="checkbox"/> Oídos                             | <input type="checkbox"/> Pulmones |
| <input type="checkbox"/> Glándulas endocrinas                                  | <input type="checkbox"/> Gastrointestinal/estómago | <input type="checkbox"/> Amígdalas/vegetaciones adenoideas | <input type="checkbox"/> Nariz    |
| <input type="checkbox"/> Corazon   | <input type="checkbox"/> Riñón/vejiga              | <input type="checkbox"/> Músculos                          | <input type="checkbox"/> Piel     |
| <input type="checkbox"/> Ojos  | <input type="checkbox"/> Hígado                    | <input type="checkbox"/> Sistema nervioso                  | <input type="checkbox"/> Huesos   |
| <input type="checkbox"/> ¿NO he tenido tratamiento sobre lo mencionado arriba? |  |  |                                   |

11. ¿Ha sido diagnosticado con alguna condicion mencionada abajo?

- |   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> ADD/ADHD                                 | <input type="checkbox"/> Cáncer                  | <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca              | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática              |
| <input type="checkbox"/> Alergia                                  | <input type="checkbox"/> Parálisis cerebral      | <input type="checkbox"/> Murmullos o condición de corazón | <input type="checkbox"/> Anemia de célula de hoz/rasgo |
| <input type="checkbox"/> Anemia                                   | <input type="checkbox"/> Convulsiones/asimientos | <input type="checkbox"/> Hemofilia                        | <input type="checkbox"/> Problemas del discurso        |
| <input type="checkbox"/> Válvula o implante de corazón artificial | <input type="checkbox"/> Diabetes                | <input type="checkbox"/> Hepatitis                        | <input type="checkbox"/> Spina bífido                  |
| <input type="checkbox"/> Empalmes artificiales/Prothesis          | <input type="checkbox"/> Disturbios emocionales  | <input type="checkbox"/> Tensión arterial alta            | <input type="checkbox"/> El roncar                     |
| <input type="checkbox"/> Artritis                                 | <input type="checkbox"/> Epilepsia               | <input type="checkbox"/> VIH/SIDA                         | <input type="checkbox"/> Apnea de sueño obstructor     |
| <input type="checkbox"/> Asma                                     | <input type="checkbox"/> Problemas del ojo       | <input type="checkbox"/> Alergia del látex                | <input type="checkbox"/> Tuberculosis                  |
| <input type="checkbox"/> Autismo                                  | <input type="checkbox"/> Problemas de la sangría | <input type="checkbox"/> Inhabilidad de aprendizaje       |  |
| <input type="checkbox"/> Lesión de cerebro                        | <input type="checkbox"/> Desfallecimiento        | <input type="checkbox"/> Leucemia                         |  |
| <input type="checkbox"/> Problemas del comportamiento             | <input type="checkbox"/> Pérdida de oído         | <input type="checkbox"/> Pulmonía                         |  |

12. ¿Hay otra cosa que debemos saber sobre su salud que no hemos cubierto en esta forma?  Sí  No

Si es así especifique por favor: \_\_\_\_\_

Al mejor de mi conocimiento las preguntas sobre esta forma se han contestado exactamente. Entiendo que eso el abastecimiento de la información incorrecta podría ser peligroso a mi salud.



Firma del Paciente (Guardian): \_\_\_\_\_ Fecha: / / \_\_\_\_\_

Repasado por el doctor: \_\_\_\_\_ Fecha: / / \_\_\_\_\_