



## Formulario de Historial Médico

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

### Historia Médica del Paciente

Enumere cualquier condición médica que tenga o haya tenido actualmente, especificando si la condición es actual o anterior.

---

---

---

---

### Historia Medica Familiar

Enumere cualquier condición médica conocida de sus familiares de sangre inmediata. Esto incluye a tus padres, abuelos, tías, tíos y hermanos.

---

---

---

---

### Historial de Cirugía

Enumere cualquier cirugía que haya tenido, incluyendo las fechas de la cirugía, si es posible. Si tiene una lista larga, proporcione la lista al personal de recepción.

---

---

---

---



Alergias

Enumere todas las alergias que tenga, incluyendo las alergias de ambiente, comida y a los medicamentos. Si tiene una lista de sus alergias, proporcione la lista al personal de recepción

---

---

---

---

Medicamentos Actuales

Enumere todos los medicamentos que está tomando actualmente, incluyendo los medicamentos sin receta, vitaminas y suplementos. Incluya la dosis si es posible. Si tiene una lista de sus medicamentos, proporcione la lista al personal de recepción

---

---

---

---

Bebes Alcohol?  Si  No  Declinar

Si seleccionas sí, cuánto y con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

Fumas/vape?  Si  No  Declinar

Si seleccionas sí, cuánto y con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

Consumes cafeina?  Si  No  Declinar

Si seleccionas sí, cuánto y con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

Usas drogas?  Si  No  Declinar

Si seleccionas sí, cual y con qué frecuencia? \_\_\_\_\_