



Historial Médico Pasado

Raza: ☐ Asiática ☐ Afroamericano ☐ Blanco ☐ Otro

Origen Étnico: ☐ Hispánico ☐ No hispano ☐ Negarse a declarar

Historial Médico Anterior:

Marque (✓) y indique la edad cuando tuvo alguno de los siguientes síntomas o enfermedades.

☐ Dolor Abdominal	☐ Infarto	☐ Osteoporosis	☐ Colesterol Alto
☐ Pneumonia / Pleuritis	☐ Anemia	☐ Urticaria o ronchas	☐ Polio
☐ Dolor de espalda	☐ prolongado ronquera	☐ Heces con sangre o alquitranadas	☐ hipertensión
☐ Fiebre reumática	☐ Fractura	☐ Ictericia	☐ Artritis reumatoide
☐ Cáncer	☐ Lesión articular	☐ Zumbidos en los oídos	☐ Dolor en el pecho
☐ Cálculos renales	☐ Escarlatina	☐ Varicela	☐ Dificultad para caminar
☐ Convulsiones	☐ Diabetes tipo I / II	☐ Pérdida de apetito	☐ Dificultad para respirar
☐ Dificultad pasando saliva	☐ Sarampión /Paperas	☐ Problemas de la piel	☐ Infecciones de oído frecuentes
☐ Enfermedad mental	☐ ETS	☐ Infecciones de oculares frecuentes	☐ Migrañas
☐ Tobillos hinchados	☐ Dolor de pie	☐ Mal humor	☐ Enfermedad de la tiroides
☐ ERGE	☐ Debilidad muscular	☐ Problemas para orinar	☐ Fiebre del heno/alergias
☐ nerviosismo	☐ Pérdida de peso recient	☐ Hemorroides	☐ Hemorragias nasales recurrentes
☐ Resollar	☐ Hernia	☐ Alcoholismo _____ oz. / semana	☐ Otro _____
☐ Fuma _____ # cigarro / día	☐ Toma Café/Té _____ # copas / día		



Historial Quirúrgico Pasado:

¿Ha estado usted hospitalizado en los últimos 3 años? ☐ Si o ☐ No

Tipo de cirugía y fechas: _____

¿Es alérgico/a a algún medicamento? ☐ Si o ☐ No: _____

¿Eres alérgico/a a algún alimento? ☐ Si o ☐ No : _____

Historia Médica Familiar (Madre, Padre, Abuela, Abuelo, Hijo, Hija, Tía, Tío, Primos):

Marque (✓) todo lo que corresponda

☐ Hipertensión

☐ Insuficiencia renal

☐ Asma

☐ Glaucoma

☐ Nefropatía

☐ Derrame cerebral

☐ Cáncer

☐ Cardiopatía

☐ Enfermedad mental

☐ Tiroides

☐ Otros?: _____

Hombres:

Fecha del último examen de próstata: _____

Mujeres:

Flujo menstrual número de días: _____ Fecha de su último período: _____

☐ Normal ☐ Abnormal ☐ Dolor/sangrado alrededor del sexo ☐ Enrojecimiento/Menopausia

Fecha del último examen pélvico: _____ Fecha del ultimo papanicolaou: _____

☐ Regular ☐ Irregular

Embarazos: _____ # Abortos espontáneos y fecha(s): _____ # Abortos: _____

Último examen de mama: _____ Fecha de la última mamografía: _____

Método anticonceptivo: _____

Firma: _____

Fecha: _____