

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

**Soy alérgico/a a estos medicamentos:** \_\_\_\_\_ Ninguno

1. \_\_\_\_\_ tipo de reacción \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_ tipo de reacción \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_ tipo de reacción \_\_\_\_\_

**Tengo (o tenía) estos problemas médicos (marcar con un círculo):** \_\_\_\_\_ Ninguno

Diabetes	Hepatitis	Insuficiencia cardíaca	Ataque del corazón	Derrame cerebral
Asma	VIH Positivo	Gota	Latidos cardíaco irregular	
Convulsiones	SIDA	Cálculos renales	Cáncer de: _____	
Tuberculosis	Angina	Alta presión	Drogadicción a: _____	

**Ahora tengo problemas con mi:** \_\_\_\_\_ Ninguno

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Salud general, p.j. pérdida de peso | <input type="checkbox"/> Sistema nervioso   | <input type="checkbox"/> Sistema digestivo              |
| <input type="checkbox"/> Ojos                                | <input type="checkbox"/> Sistema urinario   | <input type="checkbox"/> Salud mental                   |
| <input type="checkbox"/> Oídos, nariz, boca o garganta       | <input type="checkbox"/> Piel o senos   | <input type="checkbox"/> Glándulas u hormonas           |
| <input type="checkbox"/> Corazón o vasos sanguíneos          | <input type="checkbox"/> Sistema sanguíneo o linfático                                | <input type="checkbox"/> Alergias o sistema inmunitario |
| <input type="checkbox"/> Respiración                         | <input type="checkbox"/> Musculoesqueléticos, aparte de la razón por la que vine hoy. |   |

**Por favor, describa la naturaleza de los problemas que marcó:** \_\_\_\_\_

**Me he sometido a los siguientes procedimientos quirúrgicos:** \_\_\_\_\_ Ninguno

Año _____, Operación _____	Año _____, Operación _____
Año _____, Operación _____	Año _____, Operación _____

**Otras Hospitalizaciones incluyen:** \_\_\_\_\_ Ninguno

Año _____ Problema _____	Año _____ Problema _____
Año _____ Problema _____	Año _____ Problema _____

**Actualmente tomo los siguientes medicamentos (incluya en los medicamentos de venta libre y a base de hierbas)**

- \_\_\_\_\_ Ninguno
1. \_\_\_\_\_
  2. \_\_\_\_\_
  3. \_\_\_\_\_
  4. \_\_\_\_\_
  5. \_\_\_\_\_
  6. \_\_\_\_\_
  7. \_\_\_\_\_
  8. \_\_\_\_\_
  9. \_\_\_\_\_

**Antecedentes Sociales**

Fumo: \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ # de paquetes de cigarrillos por día  
Puedo beber: \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ # vasos de una bebida alcohólica diaria, o \_\_\_\_\_ # semanal.  
Mi altura es \_\_\_\_\_ pies, \_\_\_\_\_ pulgadas Mi peso es \_\_\_\_\_ libras.  
Mi pasatiempo preferido es \_\_\_\_\_.  
Si es mujer, la fecha de menstruación más reciente. \_\_\_\_\_

**Antecedentes Familiares:** Mis padres o hermanos tienen las siguientes enfermedades.: \_\_\_\_\_ Ninguno