

Historia Médica

Cómo describiría Ud. su salud? Marque con un círculo la que corresponda: **Excelente Buena Regular Deficiente**

Fecha de su más reciente chequeo médico? ___/___/___

Está siendo tratado por alguna enfermedad o condición médica en este momento? **S N**

En caso afirmativo, por favor explique: _____

Nombre de su Dr.: _____ Teléfono: _____

Está tomando algún medicamento, droga o hierbas en este momento? **S N**

En caso afirmativo, por favor liste: _____

Ha tenido alguna cirugía? **S N** Por favor liste: _____

En caso afirmativo, experimento prolongado sangrado después de la cirugía? **S N**

Alguna cirugía por reemplazo de cadera u otra articulación? **S N**

Alguna vez tuvo reacción a cualquier anestesia? **S N** Por favor explique: _____

Tiene alguna válvula en el corazón? **S N**

Usa algún tipo de marcapaso? **S N**

Fuma? **S N** En caso afirmativo, indique la cantidad de cajas de cigarrillos al día: _____

Tiene alguna alergia a medicamentos? **S N** Por favor liste: _____

Es alérgico al látex? **S N**

Si es mujer, esta Ud. embarazada en este momento? **S N** Esta dando de lactar actualmente? **S N**

Por favor marque con un círculo cualquier enfermedad presente o pasada de la siguiente lista:

| | | | |
|---------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|---------------------------------------|
| Alcoholismo | Enfermedad Coronaria del Corazón | Soplo al corazón | Migrañas |
| Anemia | Depresión | Hemofilia | Fiebre reumática |
| Angina (Estable / Inestable) | Diabetes (Tipo: _____) | Hepatitis (Tipo: _____) | Alergias temporales/ Rinitis alérgica |
| Asma | Adicción a drogas | VIH+ | Escarlatina |
| Presión sanguínea (Alta / Baja) | Enfisema | Inmunodeficiencia | Sinusitis |
| Cáncer (Tipo: _____) | Epilepsia / Ataques convulsivos | Enfermedad Infecto-contagiosa | Apnea del sueño |
| Bronquitis Crónica | Lesión a la cabeza / cuello | Enfermedad en el riñón | Ulceras |
| Insuficiencia Cardíaca | Ataque al corazón (Cuando: _____) | Enfermedad en el hígado | Enfermedad de la tiroides |

Hay algo más que deberíamos saber sobre su salud? **S N**

En caso afirmativo, por favor explique: _____

Firma del paciente o guardián: _____

Fecha ___/___/___