



FORMULARIO DE HISTORIA MÉDICA

NOMBRE COMPLETO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ FECHA DE HOY: _____

ALTURA (pulgadas): _____ PESO (lbs): _____

QUEJA PRINCIPAL (rason de visita): _____

ALERGIAS: NINGUNA CONOCIDA

NOMBRE DE MEDICAMENTO	REACCIÓN ALÉRGICA	GRAVEDAD (NIVEL 1- 4-SEVERO)
1)		
2)		
3)		
4)		
5)		

DIAGNÓSTICOS MÉDICOS: (ej.; hipertensión)

1)	6)
2)	7)
3)	8)
4)	9)
5)	10)

MEDICAMENTO: SI NECESITA MÁS ESPACIO, USE LA PARTE POSTERIOR DE ESTA HOJA

NOMBRE DE MEDICAMENTO	DOSIS	FRECUENCIA
1)		
2)		
3)		
4)		
5)		
6)		
7)		
8)		
9)		
10)		

HISTORIA QUIRÚRGICA PASADA

TIPO DE CIRUGÍA (ej., amigdalectomía)

FECHA/UBICACIÓN

1)

2)

3)

4)

5)

6)

HISTORIA DE ANESTESIA: [] SIN COMPLICACIÓN [] COMPLICACIÓN PREVIA: _____

[] HISTORIA FAMILAR DE COMPLICACIONES: _____

HISTORIA SOCIAL

CONSUMO DE TABACO: [] NUNCA [] EX FUMADOR [] USO LIGERO [] USO PESADO

CONSUMO DE ALCOHOL: [] NO [] SI (bebidas por día: _____) [] SOCIAL

CONSUMO DE DROGAS: [] NO [] SI - MARIJUANA [] SI - OTRAS

CONSUMO DE CAFEÍNA: [] NO [] SI (bebidas por día: _____)

OCUPACION: _____

REVISIÓN DE SISTEMAS [] NINGUNO APLICA**EAR**

- Dolor
- Secrecion
- Cambio de audición
- Mareo
- Acufeno / Zumbido
- Presion

NOSE

- Secrecion
- Congestion
- Olor
- Dolor
- Sangrado Nasal
- Perdida de Olfato

THROAT

- Ronquera
- Problema de tragar
- Dolor de garganta
- Ronquidos
- Boca seca

RESP

- Tos
- Respiración dificultosa
- Sibilancias
- Tos con sangre

FARMACIA PREFERIDA

NOMBRE DE FARMACIA: _____

DIRECCIÓN O CALLES CRUZADAS: _____

NUMERO TELEFONICO: _____

INFORMACIÓN DE PROVEEDOR

MEDICO DE ATENCION PRIMARIA/PROVEEDOR: _____

MÉDICO QUE LO RECOMENDÓ: _____

CÓMO SE ENTERÓ DE NUESTRA CLÍNICA?: _____

FIRMA: _____ FECHA: _____



INFORMACION DE PACIENTE

NOMBRE COMPLETO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ FECHA DE HOY: _____

PREFERRED NAME: _____

SEXO: HOMBRE MUJER OTRO: _____

DIRECCIÓN DE CASA: _____

CIUDAD/ESTADO/CODIGO POSTAL: _____

TELÉFONO MÓVIL: _____ TELÉFONO DE CASA: _____ TELÉFONO DE TRABAJO: _____

DIRECCION DE CORREO ELECTRONICO: _____

MÉTODO PREFERIDO DE CONTACTO: MÓVIL CASA TRABAJO CORREO ELECTRÓNICO CORREO DOMÉSTICO

DEMOGRAFIA

IDIOMA PREFERIDO: Inglés Español Otro (especifique): _____

RAZA: Blanco Afroamericano Indio americano/Nativo de Alaska Asiatico
 Isleno Pacífico Otro Elige no especificar

ETNICIDAD: Hispano o Latino No-Hispanic o Latino

INFORMACIÓN DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA

NOMBRE DE CONTACTO DE EMERGENCIA: _____

RELACIÓN CON EL PACIENTE: _____ NÚMERO TELEFÓNICO: _____

DIRECCION: _____

CIUDAD/ESTADO/CODIGO POSTAL: _____

FIRMA: _____ FECHA: _____