HISTORIA PERSONAL DEL PACIETE

Nota al Paciente: El medico y enfermera requieren que complete su historial medico para ayudarnos a darle el
a darle el mejor tratamiento medico posible. Esta forma sera parte de su record medico cual es CONFIDENCIAL.

Nombre_____ Fecha de Nacimiento_____ Seguro Social_____ Fecha_____

ALERGIAS A MEDICAMENTOS

1.	2.	3.	4.	5.

VACUNAS	FECHA	HOSITALIZACION/CIRUIJIA	FECHA
GRIPE			
NEUMONIA			
TETANO			
POLIO		**MEDICOS PRIVADOS**	**NUMERO DE FELEPHONO**
HEMOPHILUS TIPO B		1.	
SARAMPION Y RUBEOLA		2.	
HEPATITIS B			
HEPATITIS A			
TUBERCULOSIS			

HISTORIA SOCIAL

Fuma ☐ Si ☐ No Cuanto?_____

Usa Otro Producto de Tabacco? ☐ Si ☐ No Que?_____

Toma Alcol ☐ Si ☐ No Cuanto?_____

Usa Druogas ilegales ☐ Si ☐ No Que?_____

HISTORIA PERSONAL

Por favor circule condiciones que a tenido

1. Alergias
2. Diabetes
3. Ataque Epileptico
4. Tuberculosis
5. Cancer
6. Enfermedades Sexualmente Transmitidas
7. Ulcera
8. Enfermedades Incurables
9. Alcolismo
10. Hepatitis
11. Fiebre Reumatica
12. Emphysema
13. Cambio de Peso
14. Asma
15. Alta Presion
16. Escremento Negro
17. Lunares de diferente color
18. Sida or VIH Positiro
19. Arrestado por Manejando Intoxicado
20. Ataque Al Corazon/Enfermedad
21. Hichazon de Piernas
22. Mormura de Curazon
23. Dolor de Espaida
24. Artritis
25. Enbolia
26. Dolor de Cabeza
27. Desorden de Sangre/Sangrar
28. Falta de Respiracion
29. Neumonia
30. Consideracion de Suicidio
31. Pesadillas
32. Anemia
33. Llorar Facilmente
34. Problemas del Higado
35. Orina Frecuentemente Durante La Noche
36. Problemas del Rinon Cuando Orinas
37. Hinchazon del Pecho/Testiculos
38. Perdida de Apetito
39. Colesterol Elevado

Por Favor Explique en Detile:

OCCUPATIONAL HISTORY

Exposures (Date)

FOR CLINIC USE ONLY

HEALTH MAINTENANCE CONSIDERATIONS	DATES		
Annual History & Physical			
EKG - 50+, Every 5 Years			
Cholesterol - 20+, Every 5 Yrs			
Chest X-ray-Smoker-Every 5 Yrs			
PAP/Pelvic Exam			
Breast Self Exam - Monthly			
MAMMO - 35 Baseline, 40-50q 2 yrs, 50+ yearly			
Digital Rectal Exam - 40+ Yearly			
Occult Blood - 40+ Yearly			
SIG - 50+ Every 3-5 Years			
Dental Exam - Yearly			
Skin Cancer Screening - 40+ Yrly			
Visual Screening - Every 5 Yrs			
Hearing Screening - Every 5 Yrs			

HISTORIA FAMILIAR

Algun miembro de su familia tiene alguna de estas condiciones de la lista

MADRE

PADRE

HERMANOS/AS

HIJO/A

OTRO