

Historial Médico del Paciente

Doctor: _____ # Telefónico Oficina: _____ Fecha del último examen: _____

- | | Si | No |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Está actualmente bajo tratamiento médico? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Ha estado alguna vez hospitalizado(a) por alguna cirugía en los últimos 5 años? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si es así, por favor explique _____ | | |
| _____ ³ | | |
| 3. ¿Está tomando algún medicamento(s) incluyendo medicamentos sin prescripción? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si así es, ¿qué medicamento(s) está tomando? | | |
| _____ | | |
| _____ | | |
| 4. ¿Ha tomado alguna vez Phen-Fen/Redux? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. ¿Ha tomado alguna vez terapia de Bisfonato (ej, Fosamax, Boniva)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿Usa tabaco/vapor? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. ¿Usa sustancias controladas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. ¿Tiene Ud. historial de abuso de drogas/alcohol? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. ¿Ha tenido sangrado prolongado luego de un procedimiento quirúrgico, incluyendo extracciones dentales? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. ¿Está tomando terapia anticoagulatoria? (ej. Cumadin, Plavix)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

11. ¿Tiene alguna discapacidad? Si No

Si así es, por favor explique:

12. ¿Es Ud. Alérgico o ha tenido alguna reacción a lo siguiente? Anestésicos locales (ej. Novocaína)

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Penicilina u otros Antibióticos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Drogas con Sulfa | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Barbitúricos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sedantes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Yodo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Aspirina | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Algún metal ej. Níquel, mercurio, etc. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Guantes de Goma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Codeína | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

13. SOLO PARA MUJERES

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| ¿Está embarazada o podría estarlo? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Si así es, cuando es su fecha de parto? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Está amamantando? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Está tomando anticonceptivos orales? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

¿Usted Tiene o ha tenido alguna de las siguientes condiciones?

- | | Si | No | | Si | No | | Si | No |
|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Prolapso de la válvula Mitral | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Pérdida reciente de peso | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas Respiratorios | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Reemplazo de articulación o Implante | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Epilepsia/Convulsiones | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cansa con facilidad | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cirugía cardíaca | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cáncer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Asma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ataque cardíaco | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Leucemia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfisema | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Derrame | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas espalda/cuello | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad al hígado | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Soplo al corazón | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Diabetes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas de tiroides | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tobillos hinchados | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Fiebre reumática | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tuberculosis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Enfermedad/problema al corazón | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedades al riñón | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Frecuentemente cansado(a) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Marcapaso cardíaco | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ictericia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas estómago/úlceras | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dolor al pecho/Angina | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Anemia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Artritis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Desmayos/Convulsiones | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Terapia de Radiación | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad de trans. Sexual | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Glaucoma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | SIDA o infección de HIV | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Presión arterial baja | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Fiebre de heno/Alergias | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hepatitis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | | | | Otros: _____ | | |

