

**Historia Medica**

Nombre \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_ Telephone \_\_\_\_\_  
 Direccion \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo  M  F Fecha \_\_\_\_\_

Por favor contesta el siguiente, Si la respuesta es "si", favor de explicar con el numero al final del cuestionario.

**TIENE O A TENIDO:**

- 1. Previa cirugia Si  No  If si, explicar \_\_\_\_\_
- 2. Ha sido hospitalizado por algun razon Si  No  If si, explicar \_\_\_\_\_
- 3. Anemia o otra condiciones de la sangre Si  No  If si, explicar \_\_\_\_\_
- 4. Enfermedades del corazon Si  No  If si, explicar \_\_\_\_\_
- 5. Latidos irregulares o rapidos Si  No  If si, explicar \_\_\_\_\_
- 6. Dolor en el pecho o electrocardiograma anormal Si  No  If si, explicar \_\_\_\_\_
- 7. Falta de aire despues de ejercicio moderado Si  No  If si, explicar \_\_\_\_\_
- 8. Presion arterial alta Si  No  If si, explicar \_\_\_\_\_
- 9. Enfermedades del pulmon o condicion cronica del pulmon (Tuberculosis, Enfisema, Asma Neumonia, Bronqitis) Si  No  If si, explicar \_\_\_\_\_
- 10. Tos persistente o ha tosido sangre Si  No  If si, explicar \_\_\_\_\_
- 11. Catarros o problemas de garganta frecuentes Si  No  If si, explicar \_\_\_\_\_
- 12. Dificultades con su vision (Glaucoma, Etc.) Si  No  If si, explicar \_\_\_\_\_
- 13. Severos problemas del oido o dificultad para escuchar Si  No  If si, explicar \_\_\_\_\_
- 14. Enfermedades, inflamacion de las cayunturas Si  No  If si, explicar \_\_\_\_\_
- 15. Accidentes o dolor en la espalda
- 16. Calambre, venas varicosas, o hinchamiento de los pies Si  No  If si, explicar \_\_\_\_\_
- 17. Enfermedades de los huesos o huesos rotos Si  No  If si, explicar \_\_\_\_\_
- 18. Debilidad en los musculos Si  No  If si, explicar \_\_\_\_\_
- 19. Artritis, gota o reumatismo Si  No  If si, explicar \_\_\_\_\_
- 20. Problemas del estomago (ulcera o indigestion) Si  No  If si, explicar \_\_\_\_\_
- 21. Problemas de la vesicular Si  No  If si, explicar \_\_\_\_\_
- 22. Enfermedades del higado Si  No  If si, explicar \_\_\_\_\_
- 23. Problemas del intestino o rectales Si  No  If si, explicar \_\_\_\_\_
- 24. Hernias o rupturas Si  No  If si, explicar \_\_\_\_\_
- 25. Problemas de riñon o la vejiga Si  No  If si, explicar \_\_\_\_\_
- 26. Eczema causado por jabones o otra causa Si  No  If si, explicar \_\_\_\_\_
- 27. Derrame cerebral (Stroke) Si  No  If si, explicar \_\_\_\_\_
- 28. Mareos o desmayos Si  No  If si, explicar \_\_\_\_\_

29. Dolores de cabeza frecuente o severos Si  No  If si, explicar \_\_\_\_\_
30. Epilepsia, convulsiones Si  No  If si, explicar \_\_\_\_\_
31. Traumas de la cabeza, o sido inconciente Si  No  If si, explicar \_\_\_\_\_
32. Dolor en el cuello Si  No  If si, explicar \_\_\_\_\_
33. Problemas de piel Si  No  If si, explicar \_\_\_\_\_
34. Eczema causado por jabones  
o otra causa Si  No  If si, explicar \_\_\_\_\_
35. Cancer, tumores o algun crecimiento Si  No  If si, explicar \_\_\_\_\_
36. Enfermedades venereas  
(gonorea, sifilis, etc.) Si  No  If si, explicar \_\_\_\_\_
37. Problemas de (hombre) la prosteta,  
testiculo Si  No  If si, explicar \_\_\_\_\_
38. Problemas de matriz, vajina, ovarios  
o tratado por un desorden feminine Si  No  If si, explicar \_\_\_\_\_
39. Tiene menstruacion dolorosa o irregular Si  No  If si, explicar \_\_\_\_\_
40. Ha sido tratado por enfermedades  
mentales Si  No  If si, explicar \_\_\_\_\_
41. Ha sido tratado por abuso de drogas  
o alcohol Si  No  If si, explicar \_\_\_\_\_
42. Preocupacion excesiva, depresion  
o nerviosidad Si  No  If si, explicar \_\_\_\_\_
43. Problemas de dormir Si  No  If si, explicar \_\_\_\_\_
44. Reciente perdida o aumento de mas de  
10 libras de peso Si  No  If si, explicar \_\_\_\_\_
45. Desabilidad por accidentes en el trabajo Si  No  If si, explicar \_\_\_\_\_
46. Ha usado o usa (marijuana, cocaina,  
anfetamina o drogas recreacionales) Si  No  If si, explicar \_\_\_\_\_
47. Ha tomado o toma bebidas alcoholicas Si  No  If si, explicar \_\_\_\_\_
48. Fuma (cigarros, etc.) \_\_\_\_\_
49. Ha usado o usa pildora para dormir,  
para el dolor o algun tranquilizadores Si  No  If si, explicar \_\_\_\_\_
50. Toma alguna medicina regularmente Si  No  If si, explicar \_\_\_\_\_
51. Alergias (medicina, comida, plantas,  
polvo, quimica, ambiente) Si  No  If si, explicar \_\_\_\_\_
52. Algun enfermedades que no a  
mencionado arriba Si  No  If si, explicar \_\_\_\_\_

Paciente (Padres si es menor de edad)

Fecha