

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____ **Fecha:** _____

Estado Civil: Soltero, Casado, Divorciado, Separado, Viudo **Sexo:** Masculino/Femenina

¿Quien lo refirió? _____

¿Teléfono de quien lo refirió? _____

¿La razón por su visita? _____

¿Es alérgico a alguna medicina? _____

¿Que medicamentos está tomando? Anote la dosis and frecuencia.

- | | |
|----------|-----------|
| 1) _____ | 6) _____ |
| 2) _____ | 7) _____ |
| 3) _____ | 8) _____ |
| 4) _____ | 9) _____ |
| 5) _____ | 10) _____ |

Por favor escriba el **nombre, ciudad,** y número de su **farmacia** _____

Por favor indique que enfermedad tiene o ha tenido en el pasado. Circule sí o no.

| | | | |
|-----------------------|-------|-----------------------|-------|
| Asma | Si/No | Problemas de Corazón | Si/No |
| Artritis | Si/No | Hepatitis | Si/No |
| Transfusión de sangre | Si/No | Problema Pulmonar | Si/No |
| Cáncer | Si/No | Embolia | Si/No |
| Depresión | Si/No | Tiroides | Si/No |
| Diabetes | Si/No | Ulceras | Si/No |
| Epilepsia | Si/No | Enfermedades Venéreas | Si/No |
| Carnosidad | Si/No | Marcapasos | Si/No |

¿Algún miembro de su familia inmediata padece de alguna enfermedad de las que mencionamos arriba? Por favor anótalo.

¿Que otra enfermedad ha padecido en el pasado?

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____ **Fecha:** _____

La Siguiete parte es Para Mujeres:

¿Cuantas veces se ha embarazado? _____

¿Cuantos hijos tiene? _____

¿Que edad tenía cuando tuvo su primer hijo? _____

¿El primer día de su ultimo periodo menstrual? _____

¿La fecha que entro en la menopausia? _____

¿Que fecha fue su ultimo papanicolao? _____

¿Alguna vez ha tenido algo anormal en su papanicolao? Si/No

Si su respuesta fue si, marque la fecha y cual fue el resultado. _____

¿Que fecha tubo su ultimo mamograma? _____

¿Alguna vez ha tenido algo anormal en su mamograma? Si/No

Si su respuesta fue si, marque la fecha y cuál fue el resultado. _____

¿Ha tenido cirugía de hysterectomía? Si/No

¿Si su respuesta es sí, por favor marque la fecha de su cirugía hysterectomía? _____

¿Ha tenido cirugía para remover los ovarios? Si/No

¿Si su respuesta es sí, por favor marque la fecha de la cirugía. _____

Historia de Cirugía Pasada:

¿Ha tenido cualquier cirugía en el pasado? Si/No

¿Si su respuesta es sí, que tipo de cirugía tubo? _____

¿Cuando y donde? _____

Hospitalizaciones:

¿Alguna vez ha sido hospitalizado? Si/No

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____ **Fecha:** _____

¿Si su respuesta es sí, cuando y donde lo hospitalizaron?

¿Por qué razón? _____

Historia Social:

¿Usted fuma? Si/No

¿Usted usa tobacco? Si/No

¿Usted toma alcohol? Si/No

¿Alguna vez ha usado narcóticos ilegales? Si/No

Síntomas de Revisión:

Describe sus recientes síntomas. _____

¿Por cuánto tiempo ha ocurrido?
