

Fecha: _____

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Motivo de su consulta: _____

Enfermedades, accidentes o cirugías significantes. Día en que ocurrieron: _____

Medicinas que está tomando – dosis/frecuencia: _____

¿Es alérgico a alguna medicina o comida? _____

Fecha de la ultima vacuna de Tetano: ____/____/____ Ultima vacuna de Neumonía: ____/____/____

Fecha de la ultima vacuna de Influenza: ____/____/____

¿Alguna vez ha tenido? (Marque con un √ si ha tenido)

- Sida o VIH
- Dependencia a algún químico
- Problema en el corazón
- Flebitis
- Ansiedad
- Depresión
- Presión alta
- Fiebre reumática
- Artritis
- Diabetes
- Problema en los riñones
- Problema en la tiroides
- Asma
- Glaucoma, ó enfermedades en el ojo
- Problema en los pulmones
- Tuberculosis
- Cáncer
- Lesión en la cabeza
- Problemas neurológicos
- Ulceras

Para mujeres: Fecha del ultimo: Papanicolau ____/____/____ Mamograma: ____/____/____

Para hombre: Fecha del ultimo PSA y examen de próstata: ____/____/____

¿Alguna vez ha fumado? _____ ¿Cuántos paquetes al día? _____ ¿Por cuántos años? _____

¿Cuánto alcohol toma? _____

¿Alguna vez ha usado drogas? Si No Nombre de droga y por cuanto tiempo: _____

¿Esta sexualmente activo(a)? Si No

¿Usa precauciones sexuales? Si No

	¿Viven?	Estado de Salud/ causa y edad de muerte
Madre	Si No	_____
Padre	Si No	_____

Historial de familia: (Marque con un √ si ha tenido)

- Cáncer de senos
- Condiciones hereditarias
- Otro _____
- Diabetes
- Presión alta
- Problemas de corazón
- Cáncer intestinal

¿Tiene un poder general referente a su salud y se lo encargó a alguien? Si No

Firma: _____