



Historia Médica de Salud

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: / / _____ Fecha: / / _____
 Persona Responsable: _____ Sexo del Paciente M F

1. Tiene usted un medico familiar en este momento? Sí No
 Nombre de medico: _____ # de Telefono: _____
 Cuando fue su ultimo examen fisico completo? / / _____
2. Usted a sido un paciente en un hospital? Sí No
3. A tenido usted alguna vez una enfermedad seria o cirugia mayor? Sí No
 Si es así especifique por favor: _____
4. Es usted alergico(a) a algun medicamento o substancia? Sí No
 Si es así especifique por favor: _____
5. Esta usted tomando medicina? Sí No
 Si es así especifique por favor: _____
6. Tiene usted problemas con anestesia local (Novacains), antibioticos, o algun otro medicamento? Sí No
 Si es así especifique por favor: _____
7. Esta usted embarazada o sospecha que puede estar embarazada? Sí No
8. Toma usted medicinas anticonseptivas? Sí No
9. Mastica, fuma o usa cualquier forma de tabaco? Sí No

10. Alguna vez a tenido el tratamiento o consulta médica para los siguientes?
- | | | | |
|--|--|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sangre/sistema circulatorio | <input type="checkbox"/> Garganta | <input type="checkbox"/> Oídos | <input type="checkbox"/> Pulmones |
| <input type="checkbox"/> Glándulas endocrinas | <input type="checkbox"/> Gastrointestinal/estómago | <input type="checkbox"/> Amígdalas/vegetaciones adenoideas | <input type="checkbox"/> Nariz |
| <input type="checkbox"/> Corazon | <input type="checkbox"/> Riñón/vejiga | <input type="checkbox"/> Músculos | <input type="checkbox"/> Piel |
| <input type="checkbox"/> Ojos | <input type="checkbox"/> Hígado | <input type="checkbox"/> Sistema nervioso | <input type="checkbox"/> Huesos |
- ¿NO he tenido tratamiento sobre lo mencionado arriba?

11. ¿Ha sido diagnosticado con alguna condicion mencionada abajo?
- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> ADD/ADHD | <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática |
| <input type="checkbox"/> Alergia | <input type="checkbox"/> Parálisis cerebral | <input type="checkbox"/> Leucemia | <input type="checkbox"/> Anemia de célula de hoz/rasgo |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Convulsiones/asimientos | <input type="checkbox"/> Hemofilia | <input type="checkbox"/> Problemas del discurso |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Spina bífido |
| <input type="checkbox"/> Empalmes artificiales/Prothesis | <input type="checkbox"/> Disturbios emocionales | <input type="checkbox"/> Tensión arterial alta | <input type="checkbox"/> El roncar |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> VIH/SIDA | <input type="checkbox"/> Pulmonía |
| <input type="checkbox"/> Autismo | <input type="checkbox"/> Problemas del ojo | <input type="checkbox"/> Alergia del látex | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Apnea de sueño obstructor | <input type="checkbox"/> Problemas de la sangría | <input type="checkbox"/> Inhabilidad de aprendizaje | |
| <input type="checkbox"/> Lesión de cerebro | <input type="checkbox"/> Desfallecimiento | <input type="checkbox"/> Murmullos o condición de corazón | |
| <input type="checkbox"/> Problemas del comportamiento | <input type="checkbox"/> Pérdida de oído | <input type="checkbox"/> Válvula o implante de corazón artificial | |

12. ¿Hay otra cosa que debemos saber sobre su salud que no hemos cubierto en esta forma? Sí No
 Si es así especifique por favor: _____

Al mejor de mi conocimiento las preguntas sobre esta forma se han contestado exactamente. Entiendo que eso el abastecimiento de la información incorrecta podría ser peligroso a mi salud.

Repasado por el doctor: _____ Fecha: / / _____
 Firma del Paciente (Guardian): _____ Fecha: / / _____

Actualizacion de Historia de Salud: Existen cambios en la historia medico de su nino?
 Sí No Firma del Paciente (Guardian): _____ Fecha: / / _____

Actualizacion de Historia de Salud: Existen cambios en la historia medico de su nino?
 Sí No Firma del Paciente (Guardian): _____ Fecha: / / _____