

FORMA PARA HISTORIAL DE SALUD AL ADMITIR UN PACIENTE

FECHA: _____

Primer Nombre:	Inicial del 2o. Nombre:	Apellido:	
Fecha de Nacimiento:	Seguro Social #:	Ocupación:	
Médico de Cabecera:		Medico de Referencia:	
DOENCIA PRINCIPAL			
¿Por que viene usted a ver al doctor hoy?			
HISTORIAL MEDICO			
Problemas Medicos Principales:			
Cirugía:			
Fecha:	Razón:		
Fecha:	Razón:		
Fecha:	Razón:		
Fecha:	Razón:		
¿Hubo complicaciones en la cirugía? Si No De ser Si, por favor describa:			
ALERGIAS A LAS MEDICINAS:			
OTRAS ALERGIAS:			
NO SABE SI TIENE ALERGIAS A OTRAS DROGAS			
Medicinas que ahora toma (incluya las de receta médica, las que compre en la farmacia sin receta, los suplementos de hierbas y las vitaminas):			
HISTORIA MEDICA FAMILIAR			
Enfermedad(es) del Padre:	_____	Si ya no vive, qué edad tenía al morir?	
Enfermedad(es) de la Madre:	_____	Si ya no vive, qué edad tenía al morir?	
HISTORIA SOCIAL			
Hábitos:			
¿Fuma?:	Número de años:	Cajetillas por día:	Si dejó de fumar, ¿Cuándo lo hizo?
¿Bebe?:	Nunca	Algunas veces	Promedio por día:
Ejercicio:			O por mes:
Tipo:		Veces por Semana:	
Tipo:		Veces por Semana:	
Tipo:		Veces por Semana:	

REVISION DE LOS SISTEMAS

POR FAVOR BREVEMENTE COMENTE CUALQUIER RESPUESTA QUE SEA "SI"		SI	NO	COMENTARIO
GENERAL	Cambio en el peso o nivel de energía			
HUESOS	Huesos rotos en el pasado			
	Dolor de huesos o coyunturas			
	Hinchazón o deformidad			
RESPIRATORIO	Asma o pulmonía			
	Tos o falta de respiración			
	Tuberculosis			
PIEL	Cambios en las verrugas o en los lunares			
	Salpullido			
	Hinchazones			
HEENT	Lentes externos o lentes de contacto			
	Problemas para tragar o ronquera			
	Dolores de cabeza o congestión de seno nasal			
CUELLO	Glándulas hinchadas			
	Dolor o cuello tieso			
GI/GU	HEPATITIS A, B o C			
	Problemas del estómago			
	Problemas intestinales, excremento de color negro o con sangre			
	Problemas para orinar o sangre en la orina			
	Problemas de la próstata			
	Enfermedad de riñón			
DISPOSICION DE ÁNIMO	Depresión o ansiedad			
	Trastornos al dormir			
CORAZON	Infarto o ataque del corazón			
	Dolor de pecho o el corazón se acelera			
	Pies hinchados, venas varicosas o coágulos de sangre			
NEUROLOGICO	Convulsiones			
	Ataque fulminante			
	Problemas de balance o equilibrio			

Otro problema o preocupacion que usted quiera darle a saber a su doctor:
