

Imprimir nombre del paciente:

Fecha de nacimiento:

HISTORIAL MÉDICO (Marque cualquiera de las siguientes condiciones que pueda tener)

- Cardiopatía
- Infarto de miocardio FECHA_____
- Prolapso de la válvula mitral
- Fiebre reumática
- Enfermedad cardíaca reumática
- Cirugía del corazón FECHA_____
- Válvula cardíaca protésica
- Angina de pecho
- Defecto cardíaco congénito
- Marcapasos
- Otros problemas del corazón (explicar)_____
- Ataque
- Hipertensión
- Enfisema/EPOC
- Asma/fiebre del heno
- Problemas sinusales/Alergias
- Tuberculosis
- Hepatitis
- Diabetes
- Terapia con esteroides
- Epilepsia
- Desmayos/convulsiones
- Anticoagulantes
- Síndrome de autoinmunodeficiencia
- Dolor crónico (explicar)
- Problemas de sangrado
- Transfusiones de sangre
- Anemia
- Nefropatía
- Enfermedad del hígado
- Los trastornos temporomandibulares
- Cáncer/Tumor
- Úlceras de estómago/ERGE
- Dependencia de drogas
- VIH positivo
- Reemplazo de articulación FECHA_____
- Trastorno de la tiroides
- Cirugía en el último año (Explique motivo/fecha)

¿Está usted bajo el cuidado de un médico?
 Sí No Si es así, por favor explique.

¿Gas hilarante? SÍ NO
 Cargo adicional, normalmente \$ 100 no cubierto por el seguro

MEDICAMENTOS

¿Está tomando algún medicamento actualmente?
 Yes No

Escriba todos los medicamentos y suplementos que toma actualmente (use una hoja aparte si es necesario)

INFORMACIÓN SOBRE MÉDICOS Y FARMACIAS

Nombre del médico: 

Teléfono del médico: ()

Farmacia preferida: 

Teléfono de la farmacia: ()

ALERGIAS

NO SE CONOCEN ALERGIAS

Soy alérgico o he tenido una reacción a lo siguiente:

- Látex
- Penicilina
- Codeína
- Aspirina
- Sulfamidas

Otros, por favor escribirlas

SOLO PARA MUJERES

¿Estás o podrías estar embarazada? SÍ NO

¿Estas amamantando? SÍ NO

¿Estás tomando pastillas anticonceptivas? SÍ NO

Hasta donde yo sé, las preguntas de este formulario han sido respondidas con precisión. Entiendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud (o la del paciente). Es mi responsabilidad informar a esta oficina sobre cualquier cambio en mi estado médico.

Firma del PACIENTE o TUTOR FECHA