

## CUESTIONARIO DE HISTORIA MÉDICA

NOMBRE: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

ALERGIAS: SI O NO (Por favor, la lista de medicamentos y la reaccion) \_\_\_\_\_

MEDICAMENTOS ACTUALES(Incluir el nombre, la fuerza, y como tomar) \_\_\_\_\_

¿SON LAS VACUNAS ACTUALES?: SÍ O NO

HISTORIA DE MÉDICA: Por favor, ponga una "X" en las que se aplican.

	PACIENTE	MADRE	PADRE	HERMANOS	ABUELOS
					M-(MATERNA)
					P- (PATERNA)
Ansiedad					
Asma					
Azúcar en la sangre					
Cáncer					
Colesterol alto					
Convulsiones					
Defectos Congenitos					
Depresión					
Desventaja					
Diabetes I o II					
Discapacidad auditivo					
Discapacidad visual					
Presión arterial alta					
El reflujo ácido					
Golpe					
Insomnio					
La rinitis alérgica					
Migrañas					
Muertes antes de los 20 años de causa desconocida					
Muertes antes de los 50 años debido problemas cardíacos					
Problemas de la tiroides					
Trastorno de la piel					
Trastorno de la sangre					
Trastorno de riñon, hígado					
Trastorno psicológico					

Otro: (Por favor, describa) \_\_\_\_\_

Cirugía	Fecha	Complicaciones
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____