

Do not write, stamp, punch holes or affix a sticker in this area.

To reproduce, follow the printing instructions. Do not fold this form.

Historial Del Paciente

Favor de responder todas las preguntas

STAFF: Responses in boxed bubbles and handwritten items must be entered **MANUALLY**.



SUS ANTECEDENTES MÉDICOS

Indique si USTED ha tenido alguno de los siguientes antecedentes

SIN ANTECEDENTES MÉDICOS

Pasado	Actualmente		Pasado	Actualmente	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Abuso de alcohol	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Presión arterial alta
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Alergias / nasal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Colesterol elevado
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Alzheimer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	VIH / SIDA
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Anemia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hipotiroidismo
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ansiedad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Enfermedad del intestino irritable
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Artritis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Cálculos renales
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Asma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Cáncer de hígado
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Defectos de nacimiento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Cáncer de pulmón
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Trastorno hemorrágico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Lupus
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Coágulos de sangre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Migrañas
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Cáncer de mama	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Esclerosis múltiple
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Desorden bipolar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Osteoporosis
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Cataratas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Enfermedad de Parkinson
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Cáncer de colon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Cáncer de próstata
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Insuficiencia cardíaca congestiva	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Problemas de la próstata
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	EPOC / enfisema	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Reflujo gastroesofágico
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Arteriopatía coronaria	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Fiebre reumática
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Enfermedad de Crohn	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Artritis reumatoide
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Depresión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Convulsiones
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Diabetes tipo 1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Enfermedad de transmisión sexual
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Diabetes tipo 2 (aparición en adulto)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Apnea del sueño
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Gota	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Úlceras estomacales
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ataque al corazón	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Derrame cerebral (o accidente cerebrovascular)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hepatitis B	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Intento de suicidio
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hepatitis C	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tuberculosis

Otras enfermedades, cáncer o alguna padecimiento médico significativo (especifique)

ANTECEDENTES MÉDICOS FAMILIARES

Indique si SU FAMILIA ha tenido alguno de los siguientes antecedentes

- ADOPTADO
- ANTECEDENTES FAMILIARES DESCONOCIDO
- SIN PROBLEMAS MÉDICOS FAMILIARES

La madre, abuela, o hermana desarrollaron cardiopatías antes de los 65 años de edad.

El padre, abuelo, o hermano desarrollaron cardiopatías antes de los 55 años de edad.

	Padre	Madre	Abuela (materna)	Abuelo (materna)	Abuela (paterno)	Abuelo (paterno)	Hermano	Hermana
Abuso de alcohol	<input type="radio"/>							
Anemia	<input type="radio"/>							
Artritis	<input type="radio"/>							
Asma	<input type="radio"/>							
Desorden bipolar	<input type="radio"/>							
Trastorno hemorrágico	<input type="radio"/>							
Cáncer de mama	<input type="radio"/>							
Cáncer de colon	<input type="radio"/>							
EPOC / enfisema	<input type="radio"/>							
Depresión	<input type="radio"/>							
Diabetes tipo 1	<input type="radio"/>							
Diabetes Tipo 2 (aparición en adulto)	<input type="radio"/>							
Presión arterial alta	<input type="radio"/>							
Colesterol elevado	<input type="radio"/>							
Osteoporosis	<input type="radio"/>							
Convulsiones	<input type="radio"/>							
Accidente cerebrovascular	<input type="radio"/>							
Cáncer de pulmón	<input type="radio"/>							

Otro de historica familiar médica (especifique enfermedad y miembro de la familia)