



MEDICAL HISTORY

Nombre: _____ Fecha: _____ Edad: _____
Altura: _____ Peso: _____ Seguridad Social # _____
Mano Dominante: [] Derecha [] Izquierda
Razón por su visita? _____

Esta condición es resultado de un accidente? ____ Si ____ No
Automóvil? _____ Trabajo? _____ Otro? _____
Descripción Del Accidente? ____ Si ____ No
Ha visto a otro Doctor en los pasados Seis Meses?: ____ Si ____ No
El Nombre Del Doctor y condición tratada? _____

Tiene usted Alergias (Alimento/ Drogas Otras): Cuales Son? _____

Está Tomando Algunos Medicamentos? Cuales Son? _____

HISTORIA DE CIRUGIA

Tipo De Cirugía: _____
En Que Año: _____
En Que Hospital: _____

Historia Medica

	SI	NO	DESCRIBA LA CONDICION:
Artritis:	_____	_____	_____
Presión Alta O Baja:	_____	_____	_____
Circulación:	_____	_____	_____
Diabetes:	_____	_____	_____
Corazon:	_____	_____	_____
Hígado:	_____	_____	_____
Pulmón:	_____	_____	_____
Tiroides:	_____	_____	_____
Tuberculosis:	_____	_____	_____
Otro:	_____	_____	_____
Usted Fuma?	_____	_____	_____
¿Usted Abusa De Alcohol o Drogas?	_____	_____	_____
Está Embarazada?	_____	_____	_____
HIV Positivo (A)?	_____	_____	_____

Firma: _____ Fecha: _____