



## Formulario de Historia Medical

(Por Favor Imprima)

### INFORMACION GENERAL

Fecha de Hoy:

File #:

Nombre:

Apellido:

Fecha de Nacimiento:

Edad:

Sexo:

Hombre

Mujer

### HISTORIA MEDICAL

*Si usted ha tenido experiencia anterior o actual del siguiente, compruebe y describa por favor abajo:*

Cirugia Si No La Tuberculosis Si No

Alta/Baja Presion Arterial Si No Enfermedad Pulmonar Si No

Ataque de Corazon Si No Coagulos de Sangre Si No

Fabricante de paso Si No La Diabetes Si No

Otras enfermedades del Corazon Si No Cancer Si No

Hepatitis B/C Si No La Osteoporosis Si No

HIV/AIDS Si No Embarazo Si No

Hyper/ Hypo Thyroid Si No Desorden Neurological Si No

Asma Si No Fractures Si No

La fiebre reciente, frialdades, noche suda, brevedad de la respiracion, disminucion del apetito, : Si No

*Explicar si marco que si: (fecha de cirugia etc.)*

*Imagen: (x-rays, MRI CT scan etc. fecha y resultado)*

Alergia:

### SINTOMAS ACTUALES

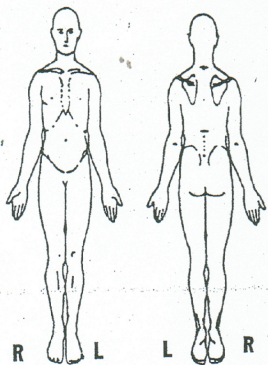
Principales Quejas (dolor, entumecimiento, debilidad):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Clasifique su dolor: (circunde) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_