

Historia Medical y Social y Revisión de Systemas

Nombre de Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Sexo: M F

Escribe tus alergias: _____

Has tenido anesthesia dental o localizada? SI NO Resulto en una reacción mala? SI NO

Escribas todas las medicinas que estas tomando (incluyendo las de receta, vitaminas, y las herbarias):

1. _____ 3. _____ 5. _____
2. _____ 4. _____ 6. _____

Tienes ahorita, o jamas as tenido enfermedades o condiciones: (de la siguiente SI or NO)

Pulmones:	SI	NO	Otras Systemicas:	SI	NO
Branchitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfisema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Demasiada sed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Amputación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tos crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tos en la mañana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Riñon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falta de respiración	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diálisis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Respiración sibilante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	La vejiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Frecuencia/Quemadura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cardiovascular:	SI	NO	Gastrointestinal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presion de sangre alta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad absorbent de el estomago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor de Pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Náusea, Vómito, Diarrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ataque de corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cuando tomando antibióticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Murmullo de corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infeccion de levadura cuando	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Irregular latido del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	tomando antibióticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flebitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artritis/Deformidad de la articulación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inflamación de vena	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artralgia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coágulos de sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Movimiento limitado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marcapaso para el corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Articulación artificial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Convulsiones, epilepsia, ataque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Desmayos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Escriba qualquier otras enfermedades o condiciones: _____

Por favor escriba surugias que has tenido: _____

La Historia Social:

Tomas alcohol? SI NO Que tan frecuente? _____ Usas drogas SI NO

Fumas? SI NO Si fumas, cuanto? _____ Eres inmunosuprimido? SI NO

(Mujeres) Estas embarazada? SI NO Fecha designada para tener el bebe?: ____/____/____

Firma del Paciente

_____/_____/_____
Fecha

Farmacia: _____

Historia de Familia: _____