



/ /		/ /		/ /	
Nombre del Paciente		Fecha de Nacimiento		# de Registro Medico	
HISTORIAL MEDICO PREVIO					
Favor de completar la siguiente información; si tiene alguna pregunta, no dude en preguntarnos.					
MEDICO					
Tipo:	Elige una:	Tipo:	Elige una:	Tipo:	Elige una:
Acné	☐ Si ☐ No	EPOC	☐ Si ☐ No	Osteoporosis	☐ Si ☐ No
TDA/TAH	☐ Si ☐ No	Coronariopatía	☐ Si ☐ No	Otitis	☐ Si ☐ No
Alergias	☐ Si ☐ No	Depresión	☐ Si ☐ No	TEPT	☐ Si ☐ No
Anemia	☐ Si ☐ No	Diabetes	☐ Si ☐ No	Enfermedad Renal	☐ Si ☐ No
Angina	☐ Si ☐ No	Lípidos Elevados	☐ Si ☐ No	Escoliosis	☐ Si ☐ No
Ansiedad	☐ Si ☐ No	Colecistopatía	☐ Si ☐ No	Trastorno Convulsivo	☐ Si ☐ No
Artritis	☐ Si ☐ No	Reflujo Gástrico	☐ Si ☐ No	Muerte Infantil Súbita	☐ Si ☐ No
Asma	☐ Si ☐ No	Dolor de cabeza/Migrañas	☐ Si ☐ No	Estrabismo	☐ Si ☐ No
Fibrilación auricular	☐ Si ☐ No	Enfermedad Cardiovascular	☐ Si ☐ No	Embolia	☐ Si ☐ No
Coágulos Sanguíneos	☐ Si ☐ No	Trastorno de Válvula Cardíaca	☐ Si ☐ No	Enfermedad Tiroidea	☐ Si ☐ No
Bronquitis	☐ Si ☐ No	Hepatitis/Enfermedad Hepática	☐ Si ☐ No	Infección Urinaria	☐ Si ☐ No
Arritmia Cardíaca	☐ Si ☐ No	Hipertensión	☐ Si ☐ No	Enfermedad Autoinmune:	
Contusión	☐ Si ☐ No	Síndrome del Intestino Irritable	☐ Si ☐ No	Cáncer:	
Estreñimiento	☐ Si ☐ No	Infarto de Miocardio	☐ Si ☐ No	OTRO:	
HISTORIAL QUIRURGICO					
Tipo:	Elige una:	Tipo:	Elige una:	Tipo:	Elige una:
Angioplastia	☐ Si ☐ No	Liberación de Túnel Carpiano	☐ Si ☐ No	Prótesis Articular	
Apendectomía	☐ Si ☐ No	Extracción de Cataratas	☐ Si ☐ No	Reemplazo de rodilla	☐ Si ☐ No
Cirugía de la espalda	☐ Si ☐ No	Colecistectomía (Vesícula)	☐ Si ☐ No	LASIK	☐ Si ☐ No
Ligadura Tubárica Bilateral	☐ Si ☐ No	Colectomía	☐ Si ☐ No	Mastectomía	☐ Si ☐ No
Transfusión de Sangre	☐ Si ☐ No	Colostomía	☐ Si ☐ No	Miomectomía	☐ Si ☐ No
Aumento/Reducción de Busto	☐ Si ☐ No	Cirugía Dental	☐ Si ☐ No	ORIF	☐ Si ☐ No
Cirugía de Revascularización Coronaria	☐ Si ☐ No	Bypass Gástrico/Manga	☐ Si ☐ No	Tiroidectomía	☐ Si ☐ No
Cesárea	☐ Si ☐ No	Reparación de Hernia/Umbilical	☐ Si ☐ No	Amigdalotomía/Adenoides	☐ Si ☐ No
Marcapaso Cardíaco	☐ Si ☐ No	Histerectomía/parcial/completo	☐ Si ☐ No	OTRO:	
Historial Medico Familiar					
Por favor liste solo Madre, Padre, Hermanos, Abuelos Tíos y Tías cercanos.					
Tipo:	Familiar:	Tipo:	Familiar:	Tipo:	Familiar:
TDA/TAH		Depresión		Enfermedad Mental	
Alcoholismo		Retraso en el Desarrollo		Migrañas	
Alergias		Diabetes		Obesidad	
Enfermedad Alzheimer		Eccema		Osteoporosis	
Artritis		Lípidos Elevados		Enfermedad Vascular Periférica	
Asma		Enfermedad Genética		Enfermedad Renal	
Enfermedad de la Sangre		Deficiencia Auditiva		Trastorno Convulsivo	
Cáncer		Hipertensión		Embolia	
Enfermedad Cardiovascular		Síndrome del Intestino Irritable		Enfermedad Tiroidea	
Coronariopatía		Discapacidad del Aprendizaje			
ALERGIAS & REACCIONES					
Si es alérgico a un medicamento o comida, favor de especificar					
Medicamento/Comida			Reacción		
MEDICAMENTO					
Nombre de la Farmacia de su preferencia:		Ubicación de la Farmacia:			
Lista de medicamentos que esta tomando y las dosis: (ejemplo: Aspirina 25mg)					
Nombre del Medicamento:	Unidades:	Nombre del Medicamento:	Unidades:	Nombre del Medicamento:	Unidades: