

HISTORIAL DEL PACIENTE

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Estatura: _____ Peso: _____ Ocupación: _____

Razón de su Visita: _____

Cuando Empezó?: _____

Tiene usted historial de:

Diabetes.....S/N	Mala Circulación a las Piernas....S/N	Sangrado Rectal.....S/N
Presión Alta.....S/N	Bronquitis Crónico/Enfisema.....S/N	Coágulos de Sangre.....S/N
Enfermedad del Corazón.....S/N	Apnea.....S/N	Anemia.....S/N
Ataque al Corazón.....S/N	Enfermedad al Riñón.....S/N	Convulsiones.....S/N
Problemas con válvulas del Corazón...S/N	Asma.....S/N	Ictericia.....S/N
Ritmo del Corazón Anormal.....S/N	VIH.....S/N	Problemas Mentales.....S/N
Marcapaso/ Desfibrilador Interno.....S/N	Problemas de Orina.....S/N	Problemas al Sangrar.....S/N
Embolio.....S/N	Cáncer.....S/N	Problemas con Anestesia.....S/N

Usted Fuma.....S/N Si si, cuando empezó? _____ Que tanto fuma? _____
Cuando lo Dejo? _____

Usted bebé alcohol....S/N Si si, cuando empezó? _____ Que tanto bebé? _____
Cuando lo Dejo? _____

Usa Drogas.....S/N Explique: _____

Tiene alguna alergia a un medicamento? _____ Si si, por favor indique el nombre y la reacción: _____

Por favor ponga todas las cirugías que a tenido incluyendo la aproximada fecha: _____

Cuál es su nivel de actividad: Bajo Moderado Alto

Que tan lejos puede caminar?: _____

Algún relativo de sangre ha tenido:

Diabetes.....S/N
Presión Alta.....S/N
Enfermedad del Corazón.....S/N
Aneurisma.....S/N
Embolio.....S/N
Mala Circulación/Enfermedad Vasculard Periférica..S/N

Historial Familiar:

Edad de su Padre: _____ Estado de Salud: _____ Edad de su Muerte(Si Aplica): _____
Edad de su Madre: _____ Estado de Salud: _____ Edad de su Muerte (Si aplica): _____

Hermanos: _____

Por favor ponga cualquier información que le gustaría que sepamos de su historial familiar: _____

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____