

Formulario de Historia Clínica

Información del Paciente			
Nombres	Apellidos	Fecha de Nacimiento	Genero
Sección Primera			
¿Está Ud. embarazada o intentando quedar embarazada?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No aplica
¿Está Ud. tomando anticonceptivos orales?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No aplica
¿Está tomando algún medicamento? En caso afirmativo, por favor especifique:	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
¿Consume algún tabaco? En caso afirmativo, por favor especifique con qué frecuencia y por cuánto tiempo los ha estado usando:	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
¿Utiliza algún tipo de sustancias controladas? En caso afirmativo, por favor especifique qué tipo de sustancias consume y con qué frecuencia y por cuánto tiempo las ha estado utilizando.	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
¿Tiene algún tipo de alergia? En caso afirmativo, por favor especifique a qué es alérgico y cómo es la reacción alérgica	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
Sección Segunda			
¿tiene, o ha tenido, alguno de las siguientes:			

- | | | | |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> SIDA/VIH Positivo | <input type="checkbox"/> Corticoides | <input type="checkbox"/> Hemofilia | <input type="checkbox"/> Cuidados Psiquiátricos |
| <input type="checkbox"/> Alzheimer | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Hepatitis A | <input type="checkbox"/> Tratamiento Radiación |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Adicción a Drogas | <input type="checkbox"/> Hepatitis B o C | <input type="checkbox"/> Diálisis Renal |
| <input type="checkbox"/> Angina | <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar | <input type="checkbox"/> Herpes | <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática |
| <input type="checkbox"/> Artritis Gota | <input type="checkbox"/> Enfisema | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> Reuma |
| <input type="checkbox"/> Válvula cardíaca artificial | <input type="checkbox"/> Sangrado excesivo | <input type="checkbox"/> Colesterol Alto | <input type="checkbox"/> Fiebre Escarlatina |
| <input type="checkbox"/> Articulación artificial | <input type="checkbox"/> Sed Excesiva | <input type="checkbox"/> Urticaria o Sarpullido | <input type="checkbox"/> Herpes Zóster |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Desmayos/Sincopes | <input type="checkbox"/> Hipoglucemia | <input type="checkbox"/> Anemia células Falciformes |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de la sangre | <input type="checkbox"/> Tos frecuente | <input type="checkbox"/> Latido irregular de corazón | <input type="checkbox"/> Problemas Sinusales |
| <input type="checkbox"/> Transfusión de sangre | <input type="checkbox"/> Diarrea Frecuente | <input type="checkbox"/> Problemas de Riñón | <input type="checkbox"/> Enfermedad Estomacal |
| <input type="checkbox"/> Problemas Respiratorios | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza Frecuentes | <input type="checkbox"/> Leucemia | <input type="checkbox"/> Derrame Cerebral |
| <input type="checkbox"/> Moretones Frecuentes | <input type="checkbox"/> Herpes Genital | <input type="checkbox"/> Enfermedad Hepática | <input type="checkbox"/> Inflamación extremidades |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Baja Presión Arterial | <input type="checkbox"/> Enfermedades Tiroideas |
| <input type="checkbox"/> Quimioterapia | <input type="checkbox"/> Fiebre de Heno | <input type="checkbox"/> Enfermedad Pulmonar | <input type="checkbox"/> Amigdalitis |
| <input type="checkbox"/> Dolor de pecho | <input type="checkbox"/> Ataque Cardíaco/Falla | <input type="checkbox"/> Prolapso de válvula mitral | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> llagas/ampollas de fiebre | <input type="checkbox"/> Soplo Cardíaco | <input type="checkbox"/> Osteoporosis | <input type="checkbox"/> Tumores o Bultos |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca congénita | <input type="checkbox"/> Marcapasos | <input type="checkbox"/> Dolor de mandíbula | <input type="checkbox"/> Enfermedades Venéreas |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> Problemas Cardíacos/Dolencia | <input type="checkbox"/> Enfermedad Paratiroidea | <input type="checkbox"/> Ictericia |

Información del Paciente			
Nombres	Apellidos	Fecha de Nacimiento	Sexo

--	--	--	--

Sección Segunda (continuación)

¿Ha padecido otras enfermedades graves que no se encuentren en el listado anterior?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---	---

Comentarios adicionales:

Sección Tercera

Por favor, enumere las cirugías anteriores:

Mes/Año:	Motivo:	Hospital:

Por favor, enumere cualquier otra hospitalización:

Mes/Año:	Motivo:	Hospital:

Sección Cuarta

Todas las respuestas a las preguntas anteriores se responden con precisión a mi leal saber y entender. Entiendo que cualquier información inexacta puede ser peligrosa para mi salud (o la del paciente). Es mi responsabilidad informar a los proveedores de atención médica de cualquier cambio en el estado médico.

Nombre de Padre o Tutor (en caso de que corresponda)	Relación o parentesco con el paciente (en caso de que corresponda)