**HISTORIA MÉDICA**

*SI NO*

1 ) ¿Está en buen estado de salud? ............................................................................................................. \_\_\_ \_\_\_

2 ) ¿Ha habido algún cambio en su salud general durante el último año? ................................................. \_\_\_ \_\_\_

3 ) ¿Se encuentra bajo el cuidado de un médico? ...................................................................................... \_\_\_ \_\_\_

    Si es así, por favor explique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

   Nombre del médico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Teléfono # \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4 ) ¿Ha tenido alguna cirugía mayor , enfermedad o ha sido hospitalizado? ............................................ \_\_\_ \_\_\_

   En caso afirmativo, indique : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5 ) ¿Está tomando algún medicamento? .................................................................................................... \_\_\_ \_\_\_

   En caso afirmativo, indique : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6 ) ¿Es usted alérgico a :

   La penicilina u otros antibióticos ............................................................................................................ \_\_\_ \_\_\_

   Aspirina..................................................................................................................................................... \_\_\_ \_\_\_

Látex o látex productos ........................................................................................................................... \_\_\_ \_\_\_

   Otros : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .................................................................................................................... \_\_\_ \_\_\_

7 ) ¿Tiene o ha tenido en el pasado una de las siguientes?

   - La fiebre reumática o enfermedad cardíaca reumática .......................................................................... \_\_\_ \_\_\_

   - Lesiones cardíacas congénitas o murmullos .......................................................................................... \_\_\_ \_\_\_

   - Enfermedad Cardiovascular (presión alta , ataques al corazón, accidente cerebrovascular, etc.).......... \_\_\_ \_\_\_

   - Válvulas cardíacas dañadas o artificial .................................................................................................. \_\_\_ \_\_\_

   - Asma ...................................................................................................................................................... \_\_\_ \_\_\_

   - Fiebre de heno ........................................................................................................................................ \_\_\_ \_\_\_

- Los desmayos o convulsiones ................................................................................................................ \_\_\_ \_\_\_

   - Diabetes .................................................................................................................................................. \_\_\_ \_\_\_

   - La hepatitis , ictericia o enfermedad del hígado .................................................................................... \_\_\_ \_\_\_

   - La artritis o reumatismo inflamatorio ..................................................................................................... \_\_\_ \_\_\_

   - Problemas de riñón ................................................................................................................................. \_\_\_ \_\_\_

   - Tuberculosis ............................................................................................................................................ \_\_\_ \_\_\_

   - Trastornos de la sangre ............................................................................................................................ \_\_\_ \_\_\_

   - Prótesis articulares, implantes, tornillos, placas ...................................................................................... \_\_\_ \_\_\_

8 ) ¿Está embarazada? ................................................................................................................................... \_\_\_ \_\_\_

9 ) ¿Usted fuma o usa productos de tabaco sin humo? ................................................................................. \_\_\_ \_\_\_

10 ) ¿Alguna vez ha dado positivo para el anticuerpo del VIH o han sido diagnosticados con

    SIDA o un complejo relacionado con el SID? .......................................................................................... \_\_\_ \_\_\_

11 ) ¿Tiene alguna enfermedad, condición o problema no aparece en la lista que creo que debería saber?. \_\_\_ \_\_\_

    En caso afirmativo, por favor explique:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Al mejor de mi conocimiento, todas las respuestas anteriores son verdaderas y correctas . Si alguna vez tengo algún cambio en mi salud , o si mis medicamentos cambian , le informaré al Dr. Williams en la próxima cita sin falta. Reconozco que se me ha proporcionado con las prácticas de privacidad del Dr. Williams.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Firma del Paciente / Padre Fecha Firma del Médico Fecha**

­­­­­­­­­­­­­­­­­­***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

**ACTUALIZACIONES DE HISTORIA MÉDICA**

Fecha Cambios de Salud Firma del Paciente Firma del Médico

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_