



Historia Medica Jirurquica

Nombre de paciente: _____ Fecha: _____

Edad: _____ Peso: _____ Fecha de nacimiento: _____

Alergias a medicamento: _____ Alergias a comida: _____

Alergia a látex: _____ Si _____ No ¿Alergias a contraste de colorante intravenoso? _____ Si _____ No

Historia Medica de el Paciente: ¿El paciente presentemente esta experimentando o a experimentado lo siguiente?

Si	No	
_____	_____	Problemas neurologico, como mareos, perdida de equilibrio o coordinacion adormecimiento, hormiguear, dolor de cabeza, cambios de vista
_____	_____	Problemas de el pulmon, como respiracion corta, silbarle el pecho, tos, asma, TB
_____	_____	Problemas de el corazon, dolor de pecho, alta presión, problemas circulatorios
_____	_____	Sangrando o trastornos coagulares
_____	_____	Problemas musculares o de el hueso, artritis o lupus
_____	_____	Problemas de el estomago/abdomen o intestino, agruras/acidez, vomito, diarrea, estreñimiento
_____	_____	Hepatitis o problemas del higado
_____	_____	Problemas endocrinos, diabetes o problemas de el tiroides
_____	_____	Problemas de riñones o de la vejiga
_____	_____	Dolor
_____	_____	Limitaciones fisicas, incapacidad de aprender o crecimiento retrasado
_____	_____	Desorden autoinmune
_____	_____	Desorden de la piel
_____	_____	Cancer
_____	_____	Ansiedad, Historia de relación de salud mental
_____	_____	Implante de aparatos (marcapaso, bomba)

Liste otros problemas de salud: _____

Historia Medica de la familia: (¿excesivo de sangre? ¿reacción a anestesia?) _____

Historia Jirurquica de el paciente: (Liste la fecha y el procedimiento que se iso) _____

Adultos Solamente:

Si	No	
_____	_____	¿Ustd fuma?
_____	_____	¿Ustd toma alcol?
_____	_____	¿Ustd usa drogas recreacionales?

Pediatría solamente:

Si	No	
_____	_____	¿Vacunas esta la fecha?
_____	_____	¿Exposicion a enfermedades transmisibles?
_____	_____	¿Cuidado para niños?
_____	_____	¿Exposicion a humo?

Medicamentos y dosificación: (Encluyendo medicinas sin recetas y medicinas naturales/vitaminas)

La información dada representa factores verdaderos y completos de la historia medica:

Firma

Fecha: