

## Historial

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Esta tomando medicinas recetadas por un medico? Si / No

Toma Usted medicinas sin recetas o vitaminas? (Ejemplo: Aspirina, Tylenol, etc.) Si / No

Indique con un circulo alguna de las siguientes enfermedades que usted haya tenido:

Artritis	Derrame Cerebral	Sangre en el	Hepatitis
Asma	Intento de suicidio	excremento	Colesterol alto
Epilepsia	Ulceras estomacales	Diabetes (azúcar)	Cesaría
Adición de Drogas	Abuso físico	Pérdida o Abortos	Cirugías
Problemas Tiroide	Abuso Sexual	Papanicolaou Irregular	Enfisema
Ictericia	Huesos rotos	Enfermedad de	Problemas de visión
Depresión	Anemia	transmisión sexual	Cáncer de seno
Infección Pélvica	Lesión en la cabeza	Tuberculosis	Cataratas
Problemas con el	Pulmonía	Menstruación Irregular	Sangramiento Anormal
Alcohol	Ataque de Corazón	Glaucoma	
Problemas de vesícula	Enfermedad de los	Problemas de Corazón	
Alta presión	riñones	Cáncer	

Tiene algún otro problema o condición medica? \_\_\_\_\_

Usted ha sido hospitalizado por alguna razón? \_\_\_\_\_

**Historia Familiar:** Indique con un circulo cual de las siguientes enfermedades ha tenido algún miembro de su familia:

TDAH	Depresión	Artritis
Alcoholismo	Diabetes	Enfermedad Renal
Alergias	Eczema	Trastornos convulsivos
Asma	Colesterol Alto	Adicción a las Drogas
Problemas de Corazón	Presión Alta	Anemia
Cáncer	Problemas Mentales	Suicidio
Derrame Cerebral	Migrañas	

## Historia Social:

Trabaja: Si / No Lugar de Empleo: \_\_\_\_\_

Circule su estado actual: Casado/a Soltero/a Divorciado/a Viudo/a Compañero/a de vida

Número de Hijos: A muerto alguno?

Numero de personas viven con usted y su relación:

Fuma: Si / No Toma bebidas Alcohólicas: Si / No

Ha tenido relaciones sexuales durante este mes? Si / No Con Cuantas personas: \_\_\_\_\_

**Por favor mencione otra preocupación que tenga y quiera discutir con el Doctor:**