





Historia Medica

Nombre de los medicos: Telefono:
Fecha de la última revisión médica: Razon:
Nombre de la persona a contactar en caso de emergencia: Telefono:
Has estado en el hospital en los últimos 5 años? SI: NO: Razon:
Ha tenido enfermedades graves o de las operaciones? SI: NO: Razon:
Ha tomado la dieta de drogas Fen-Phen o Redux? SI: NO: Cuando:
Está tomando medicamentos para la osteoporosis o la sangre (como aspirina)? SI: NO:
Está utilizando cualquier drogas recreativas o de tabaco? SI: NO:
(Para las mujeres) ¿Está usted embarazada? SI: NO:

Tiene ahora o ha tenido alguna de las siguientes

Enfermedades cardíacas, marcapasos, latido irregular del corazón, endocarditis SI: NO:
Si falta la respiración con actividad limitada o cuando acostado: SI: NO:
Dolor de pecho, angina de pecho o un ataque al corazón SI: NO:
La fiebre reumática o cardiopatía reumática SI: NO:
Murmer corazón, prolapso de la válvula mitral, prótesis o válvulas artificiales SI: NO:
Derrame cerebral, graves dolores de cabeza, entumecimiento, hormigueo o sensación SI: NO:
La presión arterial alta o baja presión arterial SI: NO:
Desmayos, convulsiones o epilepsia SI: NO:
Tratamiento psiquiátrico SI: NO:
Problemas pulmonares (TB asma, enfisema, u otros problemas respiratorios SI: NO:
Enfermedad hepática o renal SI: NO:
Sangrado prolongado o trastorno de la sangre SI: NO:
Diabetes: ¿Con qué frecuencia cheque? Veces / día Lectura AC1 SI: NO:
Enfermedad venérea SI: NO:
Enfermedad de la tiroides SI: NO:
Cáncer o el tratamiento del cáncer Tipo / Fecha SI: NO:
Trastornos inmunosupresores (SIDA, Lupus, etc.) SI: NO:
Úlcera SI: NO:
Implantes artificiales, las caderas, o de otro tipo SI: NO:

Tiene usted se enferma, en cualquier alergia a la muestra, o han dicho no a tomar los siguientes medicamentos?

Anestésico como Novacaine, xylocaina SI: NO:
Antibiotcos, penicilina, aspirina, codeína SI: NO:
Otros medicamentos o de látex SI: NO:

Haga una lista de todos los medicamentos que está tomando de forma regular y cualquier restricción que pueda tener o necesitar o requerir consulta con su médico.

Horizontal lines for listing medications and restrictions.