



HISTORIAL MÉDICO DEL PACIENTE

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Cuenta #: _____

Medicamentos actuales del paciente

(Enumere todos los medicamentos con receta, medicamentos sin receta, vitaminas y suplementos.

Table with 3 columns: Nombre del medicamento, Dosis, ¿Cada cuánto lo toma? and multiple rows for listing medications.

¿Necesitas más espacio? Usa la parte de atrás. ¿Tiene una lista impresa de sus medicamentos? Puede adjuntarla.

Historial médico del paciente

Marque cualquier condición que tenga ahora o haya tenido en el pasado. Si marca una casilla, escriba detalles cuando sea necesario.

- List of medical conditions with checkboxes and detail lines: Alergias o problemas de la piel, Enfermedad autoinmune, Problemas de la sangre, Problemas de huesos, Problemas respiratorios, Cáncer, Problemas dentales, Condiciones del desarrollo, Diabetes, Problemas del estómago, Problemas del hígado, Problemas del corazón, Enfermedades infecciosas, Reemplazo de articulación, Problemas del riñón, Problemas de salud mental, Nació prematuro/a, Embarazo, Problemas de salud reproductiva, Convulsiones, Consumo de alcohol, Toma medicamentos para fortalecer los huesos, Problemas de la tiroides, Usa tabaco o vapea, Problemas de visión o audición, Sistema inmunológico debilitado, Otros problemas de salud.

- Alergias section: Alergias a alimentos, insectos, animales o de temporada; Alergias a medicamentos; Alergia al látex. Includes checkboxes for 'Sí' and 'No' and a field for 'Si respondió sí, ¿cuál?'.

- Vaccines and hospitalization questions: ¿Alguna vez ha tenido reacción a una vacuna?, ¿Alguna vez ha estado hospitalizado/a?, ¿Alguna vez ha tenido una cirugía?, ¿Ha ido a la sala de emergencias en el último año? Includes checkboxes and detail lines.

Historial médico familiar Marque las condiciones que existen en su familia y escriba qué familiar la tiene.

- Family medical history conditions: Anemia, Derrame cerebral, Enfermedad del corazón, Presión alta, Diabetes, Convulsiones, Muerte súbita del bebé (SIDS), VIH/SIDA, Anemia falciforme, Asma, Cáncer, Tuberculosis, Migrañas, Artritis, Problemas dentales, Abuso de alcohol o drogas, Colesterol alto, Otro. Includes a field for 'Familiar(es) afectados:'.

Firma del paciente, padre o tutor: _____
Firma del proveedor: _____

Fecha: __/__/__
Fecha: __/__/__