

HISTORIA MEDICA DEL PACIENTE

Fecha De Hoy: _____

Nombre del Paciente: _____ Fecha De Nacimiento: _____

Nombre de la Persona Que Esta Llenando El Formulario: _____

Relacion al Paciente: _____

Historia De La Enfermedad Actual

Razon por la Consulta? _____ Cuando empezo el problema? _____

El Peso al nacer _____ libra _____ oz

Esta tomando medicamentos? _____

Alguna vez a tenido alguna de las siguientes opciones el paciente? Por favor de circular la respuesta:

SOPLO	DOLOR DE PECHO	PALPITACIONES	DESMAYO
FATIGA	ASMA	ALERGIAS	DIABETIS
CHOLESTEROL ALTO		DIFICULTAD PARA RESPIRAR	
OBESIDAD	PRESION ALTA	HA TENIDO UN ELECTROCARDIOGRAMA	

Cualquier Persona en su Familia Ha Tenido Lo Siguiente?

SOPLO	DIABETIS	CHOLESTEROL ALTO	ALERGIAS
BRON QUITIS	ASMA	PRESION ALTA	CARDIOMYOPATIA