

**INFORMACION PERSONAL Y MEDICA**

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

**HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE**

Esta recibiendo tratamiento para alguna de las siguientes?

|                        |       |                     |       |                            |       |
|------------------------|-------|---------------------|-------|----------------------------|-------|
| Sida/HIV               | Si No | Diabetes            | Si No | Ataque del Corazon         | Si No |
| Anemia                 | Si No | desde que ano _____ |       | Hepatitis/Ictericia        | Si No |
| Angina                 | Si No | Depresion           | Si No | Enfermedad del rinon       | Si No |
| Artritis               | Si No | Epilepsia           | Si No | Enfermedad del corazon     | Si No |
| Asma                   | Si No | Desmayos            | Si No | Enfermedad del higado      | Si No |
| Cancer                 | Si No | Gota                | Si No | Enfermedad de los pulmones | __    |
| Circulacion            | Si No | Glaucoma            | Si No | Flebitis                   | Si No |
| Dependencia quimica    | Si No | Dolor de cabeza     | Si No | Fiebre reumatica           | Si No |
| Problema de la espalda | Si No | Presion alta        | Si No | Ataque fulminante          | Si No |
| Desorden sangrante     | Si No | Presion baja        | Si No | Ulcera Gastrica            | Si No |

Otra Historia Clinica: \_\_\_\_\_

Visitas al hospital: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Operaciones/ano: \_\_\_\_\_

Doctor de cabecera: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Otros doctors: \_\_\_\_\_

Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_

**Alergias:** \_\_\_\_\_ que le pasa?

**Medicamentos:** (lista si es posible) \_\_\_\_\_ desde cuando

Cinta adhesiva Si No \_\_\_\_\_

Aspirina/Empirin Si No \_\_\_\_\_

Codeina/morfina Si No \_\_\_\_\_

Novocaina Si No \_\_\_\_\_

Iodo/Mariscos Si No \_\_\_\_\_

Penicilina Si No \_\_\_\_\_

Otras alergias: \_\_\_\_\_

**Historia Familiar:** \_\_\_\_\_ Familia que ha tenido:

Usted: Fuma? Si No Cuanto tiempo? \_\_\_\_\_

Diabetes \_\_\_\_\_

paquetes al dia? \_\_\_\_\_ Cuando dejo de fumar? \_\_\_\_\_

Artritis \_\_\_\_\_

Bebes alcohol? Nunca/raramente/moderamente/diario

Ataque fulminante \_\_\_\_\_

Dejo de tomar

Ataque del Corazon \_\_\_\_\_

Usa drogas recreativos?

Presion alta \_\_\_\_\_

Nunca/raramente/moderamente/diario/no mas

Otra historia \_\_\_\_\_

Que tipo de actividades de ejercicio hace usted?

**Que es la razon principal para su visita hoy?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

La manera o el nombre de la persona quien lo refirio: \_\_\_\_\_

**Certifico que la informacion anterior es correcto con respeto a mi mismo, o mis dependientes. Le doy permiso a el Dr. Carter y su oficina para realizar procedimientos o pruebas que sean necesarias para el diagnostico o tratamiento de mi o mis dependientes preocupaciones de las extremidades inferiores.**

\_\_\_\_\_  
**Firma**

\_\_\_\_\_  
**Relacion del Paciente**