

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: _____

Peso: _____ Altura: _____

Otros doctors: _____

La farmacia: _____

Medicamentos: (lista si es posible) _____ desde cuando _____

Alergias: _____ que le pasa?

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:

Diabetes _____

Artritis _____

Ataque fulminante _____

Ataque del Corazon _____

Presion alta _____

Otra historia _____

Usted: Fuma? Si No Cuanto tiempo? _____

paquetes al dia? _____ Cuando dejo de fumar? _____

Bebes alcohol? Nunca/raramente/moderamente/diario

Dejo de tomar

Usa drogas recreativos?

Nunca/raramente/moderamente/diario/no mas

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 la Dr. Price 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