

HISTORIA MEDICA DEL/LA PACIENTE SG _____ SP _____ JS _____

Fecha de Hoy _____ (PATIENT HEALTH HISTORY)
(Today's date)

Para que nosotros podamos obtener una historia medica completa, es muy importante que usted llene esta forma lo mas completa posible. Esta es una información muy importante. Por favor complete cada pregunta. Es muy importante para su doctor que usted haiga repasado cuidadosamente cada area de esta forma. Esta información la pondremos en nuestro sistema de computadora y usted es bienvenido ha recibir una copia si así lo desea.

Nombre completo de el/la paciente: _____
(Full Name)

Masculino ___ **Femenino** ___ **Fecha de Nacimiento** _____
(Male) (Female) (Date of Birth)

Numero de Telefono (tel#) _____

Farmacia de Preferencia (incluya la localidad) _____
(Pharmacy Preference –include location)

Nombre de su Doctor Primario (Familiar) _____
(Name of Primary Care –Family- Physician)

(Medicamentos en la actualidad). ¿Está tomando ALGUNA clase de medicamentos ahora? (Esto incluye medicamentos por receta, sin receta o remedios a base de hierbas medicinales). ___SÍ ___No
Si su respuesta es sí, por favor incluya las dosis.

(Current Medications). Are you taking ANY medications now? (This include prescription, over-the-Counter or herbal Medications) Yes ___ No ___ If yes, Please list below include dosages.

Nombre de la Medicina (Medication Name)	Dosis (Dosage)	Como la toma (How often Taken)

(Alergias a Medicamentos) ¿TENE ALERGIA A ALGUN MEDICAMENTO? ___SÍ ___NO
Si su respuesta es sí, por favor escriba en la lista abajo.

(Medication Allergies) ARE YOU ALLERGIC TO ANY MEDICATIONS? ___ YES ___NO
If yes, please list below.

Nombre de la Medicina (Medication name)	Tipo de Reacción (Hinchazón, Sarpullido, etc) (Type of Reaction –Swelling, Rash, etc.)

¿Ha tenido alguna cirugía o procedimiento? ___SÍ ___NO
Si su respuesta es sí, por favor escriba en la lista abajo.

(Have you had any Surger or Procedures? ___YES ___ NO
If yes, please list below.

Tipo de Cirugía o Procedimiento (Type of Surgery or Procedure)	Fecha de Cirugía o Procedimiento (Date of Surgery or Procedure)

Iniciales/Fecha

Iniciales/Fecha

Iniciales/Fecha