

Historia médica

Nombre del paciente: _____ fecha: _____

Edad: _____ años fecha de nacimiento: _____ estado civil: _____

¿Tiene hijos? _____ ¿Cuántos? _____

¿Trabaja o estudia? _____ ¿Dónde? _____

Domicilio: _____

Teléfono: _____ Celular: _____

Marque con una X o un círculo la respuesta correcta.

1. Sí No Estoy en buen estado de salud.
2. Sí No Estoy tomando medicamentos.
3. Sí No Hace menos de un año que estuve en el hospital. ¿Por qué? _____
4. Sí No Mi peso no ha cambiado (has not changed) en el último año.
5. Sí No Hace menos de un año que fui al dentista. ¿Por qué? _____
6. Sí No Tengo dolor ahora.
7. Sí No Siento mareos o tengo vómitos.
8. Sí No Tengo diarrea o estreñimiento (constipation).
9. Sí No Alguien en mi familia tiene diabetes, problemas del corazón, cáncer o tuberculosis.
10. Sí No Tengo VIH o SIDA.

11. ¿Por qué vino hoy a la clínica? _____

12. ¿Cuándo fue la última vez que fue al médico? _____

13. Si tiene dolor, marque la intensidad del dolor: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

14. Si está tomando medicamentos, escriba los nombres y las dosis: _____

15. ¿Tiene seguro médico? _____