

HISTORIAL MEDICO DE LA FAMILIA

Nombre: _____ Fecha: _____
Fecha de nacimiento: mes _____ día _____ año _____ Médico: _____
Actual problema: _____
Edad: ____ Sexo: M F Estado Civil: casado/a, soltero/a, divorciado/a, otro: _____
Ocupación: _____ Educación: _____
¿Fuma Ud.? Si ___ No ___ ¿Jamás ha dejado de fumar? Si _____ No ___ ¿Hace cuánto Tiempo? _____
¿Toma alcohol? ___ No ___ Rara vez ___ Ocasionalmente ___ A diario, si es a diario, ¿cuánto? _____
Consumo de cafeína (nº de tazas) Café _____ Té _____ Cola _____
¿Hace ejercicio regularmente? _____ ¿Método? _____

Historial Médico

1. Fecha de inicio _____
2. _____
3. _____
4. _____

Medicamentos Nombre, Dosis y Frecuencia;

Incluir controles sin rayos x y de embarazo

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

Vacunas Para niños: Fechas

Para adultos: última de tétanos, pneumovax

Hospitalizaciones

Fecha Razón

- Cirugía 1. _____
2. _____
 3. _____
 4. _____

Enfermedad 1. _____

2. _____
3. _____
4. _____

Obstetricia _____

Psiquiátrica _____

Alergias-Drogas _____

Otros _____

Control de la natalidad _____

Síntomas: Tiene problemas con:

- ¿La cabeza, ojos, oídos, nariz, garganta? _____
- ¿Corazón o pulmones? _____
- ¿Riñón, Vejiga, órganos masculino/femenino? _____
- ¿Estómago o abdomen? _____
- ¿Huesos, articulaciones (incluyendo fracturas)? _____
- ¿Otros (convulsiones, disturbio emocional)? _____

Historial de la Familia

vive _____ edad _____ enfermedad _____

Padre: _____

Abuelo paterno _____

Abuela paterna _____

Madre: _____

Abuelo materno _____

Abuela materna _____

Hermanos _____

Hermanas _____

Hijos _____

Cónyuge _____

¿Hay algo más que crea necesario que su médico deba saber con respecto a su salud o a la de su familia? _____

Señale la condición que exista en algún miembro de su familia

Cáncer _____

Presión alta _____

Afección al corazón _____

Ataque al corazón _____

Diabetes _____

Asma _____

Afección a la tiroides _____

Alcoholismo _____

Otros _____