



HISTORIAL MEDICO

Nombre del Paciente _____ Fecha: _____

Fecha de Nacimiento _____

Esta usted empleado? Si ____ No ____ Fecha de su proxima cita con el doctor: _____

1.- Fecha de su accidente: _____

2.- Ha usted tenido estos sintomas anteriormente? Si ____ No ____

3.- Seleccionar los que apliquen a su condicion medica:

| | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Accidente automovilistico | <input type="checkbox"/> Lastimadura relacionada con el trabajo |
| <input type="checkbox"/> Lastimadura relacionada con levantar peso | <input type="checkbox"/> Recaida de alguna lastimadura previa |
| <input type="checkbox"/> Lastimadura relacionada con el deporte | <input type="checkbox"/> Lastimadura relacionada con una caida |
| <input type="checkbox"/> Causa desconocida | <input type="checkbox"/> Otra |

Ha tenido alguna cirugia relacionada con esta lastimadura? Si ____ No ____

Esta usted embarazada, Si aplica? Si ____ No ____

Ha tenido o sufre de alguna de las siguientes condiciones?

| | YES | NO | | YES | NO |
|-------------------------------------|-----|-----|--------------------------|-----|-----|
| Diabetes | ___ | ___ | Hypoglycemia | ___ | ___ |
| Dolor en el pecho / angina de pecho | ___ | ___ | Osteoartritis | ___ | ___ |
| Presion alta | ___ | ___ | Osteoporosis | ___ | ___ |
| Problemas del corazón | ___ | ___ | Hernia | ___ | ___ |
| Ataque al corazón | ___ | ___ | Ataques epilepticos | ___ | ___ |
| Palpitaciones del corazón | ___ | ___ | Implantes de metales | ___ | ___ |
| Marca pasos | ___ | ___ | Mareos / Desmayos | ___ | ___ |
| Dolores de cabeza | ___ | ___ | Fracturas | ___ | ___ |
| Problemas del riñon | ___ | ___ | Cirugias | ___ | ___ |
| Cancer | ___ | ___ | Anormalidades de la piel | ___ | ___ |
| Embolia / Trombosis | ___ | ___ | Nausias / vomitos | ___ | ___ |
| Anormalidades de la vejiga | ___ | ___ | Sumbido en los oidos | ___ | ___ |
| Incontinencia de orina | ___ | ___ | Artritis reumatoide | ___ | ___ |
| Asma / dificultades para respirar | ___ | ___ | Fumar | ___ | ___ |
| Problemas del hígado / vesicular | ___ | ___ | Otro | ___ | ___ |

Si contesto si a cualquiera de las condiciones mencionadas, por favor de una breve explicacion y mencione la fecha. Incluya cualquier otra informacion medica relacionada.

Tiene usted alergias? Si ____ No ____

Si respondio si por favor mencione sus alergias

Esta usted tomando alguna clase de medicamento? Si ____ No ____

Si respondio si por favor mencione el medicamento y para que condicion lo toma.

En caso de emergencia por favor comunicarse con:

Nombre _____ Telefono _____