

# Historia Medica Pasada

Alguna vez le han dicho que tiene alguna de las siguientes condiciones? Por favor seleccione **SI** o **NO**.

Condiciones de salud	NO	SI	Si si, por favor explique e incluya el año
Diabetes			<input type="checkbox"/> Tipo I <input type="checkbox"/> Tipo II
Hipertensión			
Ritmo Cardíaco Irregular			
Insuficiencia cardíaca			
Infarto de miocardio			
Coágulos de sangre			
Nefropatía			
Enfermedad del hígado			
Colesterol alto			
Ansiedad			
Depresión			
Carrera			
Enfermedad de tiroides			
Cáncer			
Artritis			
Anemia			
Enfermedad pulmonar			
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica			
Asma			

Dispositivos e injertos	NO	Si	En caso que si, explique e incluya el año
Desfibrilación cardíaca implantada			
Stents cardíacos			
Stents vasculares			
Articulaciones Artificiales			

## HISTORIA QUIRURGICA PASADA

Infórmenos sobre cualquier cirugía u hospitalización.

Quirúrgica	Año	Hospitalizaciones	Año



**ALERGIAS**

¿Es alérgico/a a algunos medicamentos? Si es así, cuál y por favor explique qué tipo de reacción alérgica tiene.

Nombre de Medicamento	Explique la reacción alérgica. Por ejemplo Urticaria, erupción de la piel etc...

**MANTENIMIENTO E INMUNIZACIONES DE SALUD**

Cuéntenos sobre sus pruebas / exámenes de detección e inmunizaciones de rutina.

Prueba	NO	SI	Año/Mes
Sigmoidoscopia Flexible			
Mamografía			
Papanicalaou			
Cardiopatía			
Densidad osea			
Prueba de estres			
Otra			
Otra			
Otra			
Vacunas	NO	SI	Año/Mes
Neumonía			
Shingles/Herpes			
Tuberculosis			
Gripe			
T-Dap			
Tetanos			
Gardasil			

NOMBRE DEL PACIENTE

FIRMA DEL PACIENTE

FECHA

FIRMA DEL SUSBCRIPTOR *(si diferente del paciente)*

FECHA