

**Nombre de Paciente:** \_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Fecha de Hoy:** \_\_\_\_\_



**Referemento:** Quien lo referio a nuestra oficina?

\_\_\_\_\_

**Queja Principal:** Por favor describa la razon por la visita hoy:

\_\_\_\_\_

**Historia Medica:** Por favor anote cualquier enfermedad o condicion medica que usted tenga:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Sirugias en el pasado:** Por favor anote sirugias que ha tenido con la fecha que coresponda:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Alergias:** Por favor anote alergias que usted tenga con medicinas o otras cosas.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Medicinas:** Por favor anote la lista de medicinas que esta tomando y los dosis:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Accidentes:** Por favor anote serias lastimaduras que ha tenido en el pasado y la edad cuando ocurrio:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nombre de Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Fecha de Hoy: \_\_\_\_\_

**HISTORIA SOCIAL:**

Que es su estado civil? \_\_\_ Casado \_\_\_ Soltero \_\_\_ Divorciado \_\_\_ Biudo \_\_\_ Separado

Que clase de trabajo hace? \_\_\_\_\_

Fuma? \_\_\_ Nunca \_\_\_ Paró \_\_\_ Dejar ( \_\_\_ Que ano \_\_\_ Paquetes por dia \_\_\_ Anos)  
\_\_\_ Fumador actual ( \_\_\_ Paquestes por dia \_\_\_ Anos) Tabaco sin humo? Si o No

Toma alcol? \_\_\_ Nunca \_\_\_ Ocasional \_\_\_ Diario ( \_\_\_ Cuantos? )  
\_\_\_ Bebidas per semana

Que seguido hace ejercicio? \_\_\_\_\_

Que tipo de ejercicio? (circule) El aerobico entrenamiento de fuerza Yoga/Pilates  
Caminar / Correr Nadar Ciclismo

Por cuanto tiempo hace ejercicio? \_\_\_\_\_

Dieta? \_\_\_ No restricciones \_\_\_ Baja sal \_\_\_ Colesterol bajo \_\_\_ Grasa bajo  
\_\_\_ Libre de gluten

**HISTORIA de FAMILIAR:** Por favor marque lo que tenga en su familia:

\_\_\_ Alergias \_\_\_ Cancer ( \_\_\_ Que tipo?) \_\_\_ Diabetes \_\_\_ Enfermedad Cardiaca  
\_\_\_ Desrame cerebral \_\_\_ Tuberculosis

Por favor diganos de su familia:

**Padre:** \_\_\_ Vivo \_\_\_ Difunto \_\_\_ Edad Condicion Medica: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Madre:** \_\_\_ Vivo \_\_\_ Difunto \_\_\_ Edad Condicion Medica: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Hermano / Hermana:** \_\_\_ Vivo \_\_\_ Difunto \_\_\_ Edad  
Condicion Medica: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Hermano / Hermana:** \_\_\_ Vivo \_\_\_ Difunto \_\_\_ Edad  
Condicion Medica: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Hermano / Hermana:** \_\_\_ Vivo \_\_\_ Difunto \_\_\_ Edad  
Condicion Medica: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Hermano / Hermana:** \_\_\_ Vivo \_\_\_ Difunto \_\_\_ Edad  
Condicion Medica: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Gracias por su tiempo! Nosotros entendemos que usted pudo ir a otro consultorio y le agradecemos que escogio venir aqui para servirle. Si tiene alguna idea para poder servirle mejor por favor diganos.