



**HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE - DESDE \_\_\_\_\_**

PACIENTE: \_\_\_\_\_

FDN: \_\_\_\_\_

**HISTORIA PERSONAL**

**HISTORIA FAMILIAR**

Alta Presión	___	Alta Presión	___	Madre / Padre
Problema de Corazón	___	Problema de Corazón	___	Madre / Padre
Problema Urinarios	___	Problema Urinarios	___	Madre / Padre
Problema de Riñones	___	Problema de Riñones	___	Madre / Padre
Tuberculosis	___	Tuberculosis	___	Madre / Padre
Problema Intestino / Estomacal	___	Problema Intestino / Estomacal	___	Madre / Padre
Problema de Tiroides	___	Problema de Tiroides	___	Madre / Padre
Problema Respiratorio	___	Problema Respiratorio	___	Madre / Padre
Problema de Sistema Nervioso	___	Problema de Sistema Nervioso	___	Madre / Padre
Diabetes	___	Diabetes	___	Madre / Padre
Derrame Cerebral	___	Derrame Cerebral	___	Madre / Padre
Gota	___	Gota	___	Madre / Padre
Ulceras que Sangran	___	Ulceras que Sangran	___	Madre / Padre
Trastorno de Sangramiento	___	Trastorno de Sangramiento	___	Madre / Padre
Anemia	___	Anemia	___	Madre / Padre
Inflamación de Venas	___	Inflamación de Venas	___	Madre / Padre
Artritis	___	Artritis	___	Madre / Padre
Cáncer	___	Cáncer	___	Madre / Padre
Asma	___	Asma	___	Madre / Padre
Migrañas	___	Migrañas	___	Madre / Padre
Marcapasos	___	Marcapasos	___	Madre / Padre

¿Fumas? Si / No      ¿Tomas? Si / No      ¿Es Zurdo o Derecho? Zurdo / Derecho

¿Es alérgico a medicamentos? Si / No      Nombre de los medicamentos: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

¿Esta tomando algún medicamento? Si / No      Nombre de los medicamentos: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

¿Ha tenido fracturas o huesos dislocado? Si / No  
 ¿Para que parte del cuerpo?      ¿Cuando?      ¿Tuviste Cirugías?  
 \_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_

¿Ha tenido cirugías? Si / No  
 ¿Para que parte del cuerpo?      ¿Cuando?      ¿Nombre del Cirujano?  
 \_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_

**Pacientes Mujeres: ¿Estas Embarazada? Si / No      ¿Usa Anticonceptivos? Si / No**