

Historia de la Medicina

Nombre: _____ Fecha: _____

Motivo de la referencia: _____

¿Tiene un marcapasos o cualquier otro dispositivo de implante? Sí NO

Condición actual

Altura: ___ Pies ___ Pulgadas

Alergias Lista: _____

Peso: _____ libras

¿Embarazada? (marque uno) ___ Sí ___ No

Describa su estado general

de salud: (marque uno)

___ Excelente ___ Buena ___ Regular ___ Malo ___

Capacidad cardiovascular: (marque uno)

___ actividades aeróbicas 3-5 días / semana
por lo menos _____ minutos

¿Utiliza dispositivos de asistencia?

___ Sí ___ No ___

___ Actividades recreativas ocasionales

En caso afirmativo, por favor lista

por lo menos 4 veces al mes

de dispositivos:

___ Sedentarismo

Actualmente se encuentra en medicamentos? (marque uno) ___ Sí ___ No

Anote todos los medicamentos y las dosis:

Medicamento	Dosis	Medicamento	Dosis

Historia - ¿Alguna vez ha tenido alguna de las siguientes? (por favor marque todas las que apliquen)

- | | | | |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Fracturas | <input type="checkbox"/> HIV | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Insomnio | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Ataque de corazón | <input type="checkbox"/> Problemas de riñón | <input type="checkbox"/> Artritis reumatoide |
| <input type="checkbox"/> El enfisema | <input type="checkbox"/> Hernia | <input type="checkbox"/> Osteoartritis | <input type="checkbox"/> Desmayos |
| <input type="checkbox"/> Dolor de pecho | <input type="checkbox"/> La enfermedad cardíaca | <input type="checkbox"/> Dolor de espalda baja | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar | | <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular | |
| <input type="checkbox"/> Palpitaciones del corazón | | <input type="checkbox"/> Presión arterial baja | <input type="checkbox"/> tobillos hinchados |
| <input type="checkbox"/> Hipertensión arterial | | | |
| <input type="checkbox"/> Otro (por favor especifique): _____ | | | |

Antecedentes quirúrgicos:

Tipo de cirugía	Fecha de la cirugía	Tipo de cirugía	Fecha de la cirugía