

HISTORIAL MEDICO

Nombre de Paciente: _____ FDN: _____ Edad _____ Dr.Remitente: _____

¿Por qué está aquí para ver al médico hoy? _____

Estatura _____ Peso _____ Ocupacion _____ Embarazada SI NO

Si es necesario, doy mi consentimiento para la transfusión de sangre/productos sanguíneos: SI NO

¿Tiene un historial o activo de infección SARM / VRE?: SI NO Corriente Antecedente

Alguna vez as sido diagnosticado con: C-Diff: S N VIH/SIDA: S N Hepatitis B: S N Hepatitis C: S N

MEDICAMENTOS TOMADOS REGULARMENTE	RAZÓN	DOSIS	FRECUENCIA	FECHA DE INICIO

ALERGIAS A MEDICINA/ ALIMENTARIAS	REACCIÓN

PROBLEMAS MEDICOS (por ejemplo presion alta, diabetes)

HISTORIA MÉDICA Y QUIRÚRGICA ANTERIOR

ENFERMEDAD/PADECIMIENTO	AÑO DIAGNOSTICADO	PROCEDIMIENTO / CIRUGÍA	AÑO

SU HISTORIAL FAMILIAR (por ejemplo, cáncer, enfermedad cardíaca, diabetes para abuelos maternos / paternos, padres, hermanos, hijos)

DIAGNÓSTICO	MIEMBRO DE LA FAMILIA	EDAD INICIO	CAUSA DE MUERTE: S/N	COMENTARIOS

CONSUMO DE TABACO: SI NO ANTAÑO

Tipo _____ Años usados: _____

Unidades/día: _____ Año de dejar: _____

Fumador actual todos los días Algún día fumador

Fumador, estado actual desconocido

¿Has intentado alguna vez dejar de fumar? SI NO

Periodo de Tabaco mas Largo: _____

Exposicion pasiva al humo? SI NO

BEBIDAS de ALCOHOL: SI NO ANTAÑO

Tipo: _____ Cantidad: _____

Frecuencia: _____ Ultima Bebida: _____

CAFEÍNA: SI NO Tipo: _____

EJERCICIO: SI NO

¿Puedes subir 2 tramos de escaleras? SI NO