



HISTORIAL MEDICO DEL PACIENTE

Bienvenido a nuestra oficina. Estamos comprometidos a brindar la mejor atención, lo más completo posible. Le animamos a que haga preguntas. Por favor ayúdenos con la siguiente información. Toda la información es confidencial y sólo se libera con su consentimiento. Por favor llene los espacios en blanco debajo de las líneas.

ESTADO GENERAL MEDICA							
Diabetes	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No	Problemas Respiratorios	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No	Hepatitis B	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No
Enfermedades del Corazón	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No	Embolia	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No	Embarazo	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No
Presion Alta	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No	Tiroides Hipo-Hypo	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No	Depresión	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No
Colesterol Alto	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No	Tiroides Hiperactivo	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No	Historial de Kiloides	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No
Migrañas	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No	HIV	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No		
Historial de Cancer	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No	Hepatitis C	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No		
Otro _____							
CIRUJIAS PASADAS							
Fecha	Tipo		Comentarios				
CIRUJIAS DE CARA							
Fecha	Tipo		Comentarios				
MEDICAMENTOS							
Nombre del Medicamento	Cantidad			Veces al día			
ALERGIAS							
HISTORIAL MEDICO DE LA FAMILIA							



HISTORIAL MEDICO DEL PACIENTE

REVISIÓN DE SÍNTOMAS

FAVOR DE MARCAR CUALQUIR SÍNTOMA QUE SIENTE AHORA O A SENTIDO EN EL PASADO?

Dolor de Pecho	<input type="checkbox"/>	Úlceras	<input type="checkbox"/>	Parálisis	<input type="checkbox"/>
Presion Alta	<input type="checkbox"/>	Actualmente dando leche materna	<input type="checkbox"/>	Infarto cerebral	<input type="checkbox"/>
Palpitaciones Irregulares	<input type="checkbox"/>	Anemia	<input type="checkbox"/>	Entumecimiento u Hormigueo	<input type="checkbox"/>
Epilepsia o Convulsiones	<input type="checkbox"/>	Sangra Fácilmente	<input type="checkbox"/>	Dolor de Cabeza	<input type="checkbox"/>
Desmayos	<input type="checkbox"/>	Coágulos	<input type="checkbox"/>	Asthma	<input type="checkbox"/>
Fiebre o Escalofrios	<input type="checkbox"/>	Transfusiones	<input type="checkbox"/>	Bronquitis	<input type="checkbox"/>
Enfermedad del Corazón	<input type="checkbox"/>	Dolor de Cojunturas	<input type="checkbox"/>	Falta de Respiracion	<input type="checkbox"/>
Náuseas, Vómitos, Diarrea	<input type="checkbox"/>	Movimiento Limitado de Cojunturas	<input type="checkbox"/>	Sibilancia	<input type="checkbox"/>
Aumeto o Perdida de Peso Inesperado	<input type="checkbox"/>	Debilidad Muscular	<input type="checkbox"/>	Problemas Genitourinarios	<input type="checkbox"/>
Sinusitis	<input type="checkbox"/>	Problemas Gastrointestinales	<input type="checkbox"/>		

Firma del Pacient, Padre, Tutor o Representante Persona

Fecha

Favor de Nombre del Pacient, Padre o Tutor Representante Persona

Relación con el paciente

CORAL GABLES LOCATION

814 Ponce de Leon Blvd.

Suite 510

Coral Gables, Florida 33134

MIAMI LOCATION

3850 SW 87th Avenue

Suite 304

Miami, FL 33165

Tel: 305.444.0221

Fax: 305.444.0223