



Información del paciente e historial médico

Nombre: _____ Fecha de Nac. _____ Edad: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Cel: _____

Marca con una X si padeces o has padecido:

<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	Hepatitis	<input type="checkbox"/>	Psoriasis o Eczema	<input type="checkbox"/>	Cicatrices / keloide / Hipertrofia
<input type="checkbox"/>	Corazón	<input type="checkbox"/>	Herpes	<input type="checkbox"/>	Lunares de la piel	<input type="checkbox"/>	Tiroides
<input type="checkbox"/>	Hipertensión	<input type="checkbox"/>	Compromiso inmunológico	<input type="checkbox"/>	Osteoartritis	<input type="checkbox"/>	Osteoporosis
<input type="checkbox"/>	Enfermedades vasculares	<input type="checkbox"/>	Enfermedad autoinmune	<input type="checkbox"/>	Trombosis	<input type="checkbox"/>	Artritis reumatoide
<input type="checkbox"/>	Enfermedades de la tiroides	<input type="checkbox"/>	Agrandamiento de la prostata	<input type="checkbox"/>	Depresión/ Ansiedad	<input type="checkbox"/>	Dificultad para orinar o tomar Flomax o Avodart
<input type="checkbox"/>	Enfermedad cronica del hígado	<input type="checkbox"/>	Transtorno Psiquiátrico	<input type="checkbox"/>	Hemocromatosis	<input type="checkbox"/>	Coagulo de sangre y/o embolia pulmonar
<input type="checkbox"/>	Presion Arterial alta	<input type="checkbox"/>	Colesterol alto	<input type="checkbox"/>	Ataque al corazón	<input type="checkbox"/>	

Hábitos:

- () Fumo cigarrillos o puros _____ por dia.
- () Tomo bebidas alcohólicas _____ por semana.
- () Tomo mas de 10 bebidas alcohólicas a la semana.
- () Tomo cafeina _____ al dia.

Cáncer (especifica): _____ Año en que fue diagnosticado: _____

Quimioterapia? ___ Radiación: ___ Lymphedema? Brazo derecho o izquierdo (circule uno)

Desorden de sangrado (especifique) _____

A que eres alérgico (especifique): _____

Alérgico a medicamentos (especifique): _____ Comida _____

Estás embarazada o intentando embarazo? ____ Lactando: ____ Post menopausia: ____

Usas bloqueador solar? _____ Tomas aspirina diariamente: _____

Medicamentos anti-inflamatorios?(Esteroides, naproxen hidrocortisona, ibuprofen?) ____

Cuando fué la última vez que se los tomó? _____

Favor de anotar todos los medicamentos que estás tomando actualmente, incluyendo medicamentos de mostrador (OTC): _____

Alguna vez a tenido problemas con anestesia? () Si () No

Si contesta si, favor de explicar: _____

Vitaminas / Suplementos : _____

Mencione si ha tenido alguna cirugía y la fecha: _____

Enumera todas las hospitalizaciones y cirugías pasadas.

Ha padecido usted de alguna condición? Marque SI o NO

SI	NO	Visión borrosa
SI	NO	Glaucoma
SI	NO	Zumbido en los oídos
SI	NO	Apretar la mordida
SI	NO	Presión o Dolor de pecho
SI	NO	Dormir sentado para poder respirar
SI	NO	Dificulta para respirar
SI	NO	Efisema o Asma
SI	NO	Dolor abdominal
SI	NO	Úlceras en el estómago o gastritis

SI	NO	Frecuencia en la evacuación
SI	NO	Colon Irritable
SI	NO	Sangre en la escreta
SI	NO	Dolor pélvico
SI	NO	Frecuencia urinaria
SI	NO	Problema para orinar
SI	NO	Convulsiones
SI	NO	Dolor de cabeza frecuente
SI	NO	Episodios de desmayos
SI	NO	Fiebres inexplicables
SI	NO	Fatiga excesiva
SI	NO	Dificultad para dormir o quedarse dormido
SI	NO	Erupción (rash)
SI	NO	Artritis reumatoidea, lupus, escleroderma
SI	NO	Diabetes
SI	NO	Problemas de tiroide
SI	NO	Depresión
SI	NO	Ansiedad

Yo certifico que la información está correcta de acuerdo a mi conocimiento, sabiendo que el médico se basa en esto para proveer un tratamiento seguro y efectivo.

Firma _____

Fecha _____

Testigo _____

Fecha _____