



Fecha de Hoy: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

**Chequee lo que aplicué:**

- |  |                                       |                                      |   |
|--|---------------------------------------|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Dolor Abdominal | <input type="checkbox"/> Poco Apetito | <input type="checkbox"/> Inflamacion | <input type="checkbox"/> Cambios en Vacuacion |
| <input type="checkbox"/> Constipacion    | <input type="checkbox"/> Diarrea      | <input type="checkbox"/> Gases       | <input type="checkbox"/> Acidez               |
| <input type="checkbox"/> Indigestion     | <input type="checkbox"/> Hemorroides  | <input type="checkbox"/> Nausea      | <input type="checkbox"/> Vomito               |

**Historia Medica y Cirugias:** Enliste las cirugias que haya tendio en el pasado

- |          |          |
|----------|----------|
| 1. _____ | 4. _____ |
| 2. _____ | 5. _____ |
| 3. _____ | 6. _____ |

**Medicamentos:** Enliste las medicinas que esta tomando en esto momento

- |          |          |
|----------|----------|
| 1. _____ | 5. _____ |
| 2. _____ | 6. _____ |
| 3. _____ | 7. _____ |
| 4. _____ | 8. _____ |

**Alergias: A medicamentos o sustancias**

- |          |          |
|----------|----------|
| 1. _____ | 3. _____ |
| 2. _____ | 4. _____ |

**Historia Medica Familiar:** Por favor complete la informacion acerca de su familia

	Edad	Estado de salud	Edad cuando murio	Causa de muerte
Padre:	_____	_____	_____	_____
Madre:	_____	_____	_____	_____
Hermano:	_____	_____	_____	_____
Hermana:	_____	_____	_____	_____

**Esta pregunta aplica solo a mujeres:** Historia de embarazos

Numero de embarazos: \_\_\_\_\_ #Partos Vaginales: \_\_\_\_\_ # Partos pro cesarean: \_\_\_\_\_

**Chequee la substancia que usted consume y la cantidad:**

- Si No Cafeina  Cafe  Te  Orto  Tazas al dia \_\_\_\_\_
- Si No Tabaco  Numero paquetes al dia \_\_\_\_\_
- Si No Alcohol Que tipo:  Cerveza  Vino  Licor \_\_\_\_\_
- Si No Drogas Que Tipo: \_\_\_\_\_

Certifico que la informacion escrita es correcta a mi mejor entendimiento. Yo no voy hacer responsable a mi documentos o a lasmiembros de su personal por algun error o omision que yo pueda haber hecho al completar esta forma.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Doctor/Representante

\_\_\_\_\_  
Fecha