

HISTORIA CLINICA PREVIA

Nombre del Paciente: _____

Historia clínica previa del paciente y familia inmediata:

	Usted	Familia		Usted	Familia
Alergias	_____	_____	Ataque al Corazón	_____	_____
Anemia	_____	_____	Hepatitis	_____	_____
Artritis	_____	_____	Presión alta	_____	_____
Asma	_____	_____	Problema de		
Problema de Espalda	_____	_____	Riñones/Vejiga	_____	_____
Bronquitis	_____	_____	Leucemia	_____	_____
Cáncer	_____	_____	Pulmonía	_____	_____
Cataracts	_____	_____	Hinchazón	_____	_____
Dolor de Pecho	_____	_____	Ulceras	_____	_____
Diabetes	_____	_____	Vesícula	_____	_____
Enfisema	_____	_____	Problema del Próstata	_____	_____
Enfermedad de Hígado	_____	_____			

Lista de medicinas y cuando empezó cada una:

MEDICINA	Miligramos	MEDICINA	Miligramos

Lista de enfermedades mayores o cirugías mayores y fecha:

ENFERMEDAD	FECHA	CIRUGIA	FECHA

Es alérgico a algunas medicinas? Liste las medicinas.
