



Place Printed Label Here

Historial físico de salud

Nombre _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____ (MM/DD/AA)

Médico de Atención Primaria _____

Dentista primario _____

Fecha del último examen físico _____ Fecha del último examen dental _____

Sexo: Masculino____ Femenino_____

¿Está siendo tratado actualmente por un proveedor de atención primaria o un dentista? _____

Medicamentos u otras alergias: ____Sí ____No Lista: _____

Fumador: ____ Sí ____ No _____ ¿Cuántos paquetes por día? _____ ¿Hace cuántos años? _____

¿Está embarazada? ____Sí ____No ____ ¿Está amamantando? Sí ____No ____ Fecha del último período: _____

HISTORIAL MÉDICO: marque SÍ o NO para CADA UNO de los siguientes

	SÍ	NO		SÍ	NO		SÍ	NO		SÍ	NO		SÍ	NO
Abuso de alcohol/drogas			Ataque cardíaco			Hematopatía			Migraña			Problemas cardíacos		
Fumar			Fiebre reumática			Anemia			Convulsiones/e pilepsia			Reemplazo de la válvula de corazón		
Enfisema			infección del tracto urinario			pérdida de peso reciente			Problemas Psiquiátricos			Hipotensión		
Asma			Cálculos renales/enfermedad			Cáncer			Problemas nerviosos.			Presión arterial alta		
Bronquitis			VIH/SIDA			Sangrado anormal			Depresión			Ictus		
Neumonía			Herpes Genital			Colitis			Ansiedad			Desmayo		
Tuberculosis			Gonorrea Sífilis			Heces con sangre			Lupus			BOCIO		
Defectos congénitos			Hepatitis A, B y C y causas autoinmunitarias			Hemorroides			Artritis reumatoide			Diabetes		
Soplo cardíaco			Verrugas genitales			Enfermedad de la vesícula biliar			Osteoartritis			Aneurisma		
Úlceras			Ictericia			Enfermedad Hepática			Articulación Prosthetic			Prótesis articular		
Glaucoma			Hemorragia anomalía degenerativa			Cataratas			Otros:			Otros:		

Cirugías / Hospitalizaciones: _____

Firma _____ Fecha _____