

HISTORIA MEDICA

Para que obtengamos una historia médica completa, es importante que Usted **complete cada artículo** de esta forma.

Apellido _____ Nombre _____ Inicial del segundo nombre _____

Sexo Varón Hembra Fecha de Nacimiento: _____ \ _____ \ _____

Médico que lo refirió (si alguno) _____

Farmacia de Preferencia (Incluya la localización): _____

POR FAVOR LISTE CUALQUIER MEDICAMENTO QUE USTED ESTE TOMANDO ACTUALMENTE: (Por favor escriba en letra de molde)

Nombre del Medicamento	Dosificación	Problema que es Tratado	Fecha que Comenzó	Doctor que Prescribe

¿ES USTED ALÉRGICO A CUALQUIER MEDICAMENTO? Sí NO Si es por favor liste

Nombre del Medicamento	Tipo de Reacción

CIRUGÍA Y HOSPITALIZACION:

¿Ha tenido usted problemas con anestesia? Sí NO

Si es que ha tenido problemas, por favor de listar: _____

Liste cualquier cirugía que tuvo en el pasado (incluya las fechas) _____