

TABLA DEL HISTORIAL MÉDICO

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Edad: _____

Altura: _____

Peso: _____

Lista de todas las cirugías previas con fechas:

Lista de todas las medicinas que está
tomando actualmente, incluyendo la dosis:

HA TENIDO UNA REACCIÓN ADVERSA A
ALGUNA DE LAS SIGUIENTES:

- Pencicilina
- Valium
- Yodo
- Morfina
- Material de sutura
- Anestesia
- Antibióticos
- Codeína
- Demerol
- Cinta adhesiva
- Aspirina
- Azufre

TOMA USTED:

- Medicina para la presión
- Medicina cardíaca
- Píldoras de dieta
- Diuréticos
- Vitaminas, complementos a base de hierba
- Sedantes
- Alcohol
- Pastillas para dormir
- Antidepresivos
- Medicina para el dolor
- HRT (Terapia del Reemplazo Hormonal)
- Aspirina u otra medicina anti-inflamatoria

¿TIENE UN HISTORIAL DE:

- Asma
- Problemas de hemorragia
- Ataques, epilepsia
- Hernia
- Falta de aliento
- Bronquitis, tos crónica
- Tuberculosis
- Depresión
- Artritis reumatoidea y osteo-artritis
- Lupus o enfermedad autoinmune
- Hipertensión
- Coágulos
- Diabetes
- Dolor de cabeza
- Medicina para la presión
- Medicina para el corazón
- Enfermedad de las tiroides
- Hepatitis A B C
- Prolapso de la válvula mitral (soplo cardíaco)
- Consumo de drogas
- Alcoholismo

HISTORIAL DE CÁNCER:

- Padre
- Madre
- Hermanos
- Otros parientes