

# HISTORIAL MÉDICO

Esta tabla debe presentarse a cada doctor que veas durante y después de tu tratamiento.

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_

## LISTA DE TODAS LAS CIRUGÍAS PREVIAS Y SUS FECHAS

---

---

---

---

---

---

## LISTA DE TODAS LAS MEDICINAS QUE ESTÁS TOMANDO ACTUALMENTE, CON SUS DOSIS

---

---

---

---

## HISTORIAL FAMILIAR DE CÁNCER

Padre: \_\_\_\_\_ Madre: \_\_\_\_\_

Hermanos: \_\_\_\_\_

Otros familiares: \_\_\_\_\_

## ¿TIENE UN HISTORIAL DE...?

- Alcoholismo
- Artritis osteo reumática
- Asma
- Bronquitis, tos crónica
- Coágulos de sangre
- Consumo de drogas
- Convulsiones, epilepsia
- Depresión
- Diabetes
- Dificultades cardiacas
- Dolores de cabeza
- Enfermedad de la tiroides
- Falta de aliento
- Hepatitis A, B ó C
- Hernia
- Lupus o enfermedad autoinmune
- Presión de sangre alta o baja
- Problemas de hemorragia
- Prolapso de la válvula mitral (soplo cardíaco)
- Tuberculosis

## ALERGIAS

---

---

## ¿USTED TOMA...?

- Alcohol
- Antidepresivos
- Aspirina u otra medicina anti-inflamatoria
- Diuréticos
- Medicina para el corazón
- Medicinas para el dolor
- Medicina para la presión de la sangre
- Píldoras de dieta
- Píldoras para dormir
- Terapia de remplazo hormonal
- Tranquilizantes
- Vitaminas, suplementos herbales

## ¿HA TENIDO UNA REACCION ADVERSA A...?

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