

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Fecha: _____



HISTORIA CLÍNICA

Marque todo lo que corresponda

<input type="checkbox"/> Reflujo ácido	<input type="checkbox"/> EPOC	<input type="checkbox"/> Hipertensión
<input type="checkbox"/> ADHD	<input type="checkbox"/> Demencia	<input type="checkbox"/> Colesterol elevado
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> VIH
<input type="checkbox"/> Angina	<input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/> Hipertiroidismo (actividad excesiva)
<input type="checkbox"/> Ansiedad	<input type="checkbox"/> Diverticulosis	<input type="checkbox"/> Hipotiroidismo (actividad insuficiente)
<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Enfisema	<input type="checkbox"/> Síndrome del intestino irritable
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Desmayos	<input type="checkbox"/> Dolor lumbar
<input type="checkbox"/> Fibrilación auricular	<input type="checkbox"/> Fibromialgia	<input type="checkbox"/> Migraña
<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Enfermedad de la vesícula biliar	<input type="checkbox"/> Alergias estacionales
<input type="checkbox"/> Bronquitis crónica	<input type="checkbox"/> Gota	<input type="checkbox"/> Convulsiones
<input type="checkbox"/> Enfermedad renal crónica	<input type="checkbox"/> Ataque cardíaco	<input type="checkbox"/> Enfermedad de transmisión sexual
<input type="checkbox"/> Dolor crónico	<input type="checkbox"/> Cardiopatía	<input type="checkbox"/> Tuberculosis
<input type="checkbox"/> Cirrosis	<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Infección del tracto urinario

Otros antecedentes médicos: _____

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

Marque todo lo que corresponda

<input type="checkbox"/> Amputación	<input type="checkbox"/> Cirugía de vesícula biliar	<input type="checkbox"/> Cirugía bucal
<input type="checkbox"/> Cirugía de apéndice	<input type="checkbox"/> Cirugía ginecológica	<input type="checkbox"/> Marcapasos / desfibrilador
<input type="checkbox"/> Cirugía de espalda	<input type="checkbox"/> Cirugía de bypass coronario	<input type="checkbox"/> Cirugía de tiroides
<input type="checkbox"/> Cirugía de cerebro	<input type="checkbox"/> Stents coronarios	<input type="checkbox"/> Cirugía de amígdalas / adenoides
<input type="checkbox"/> Cirugía de cataratas	<input type="checkbox"/> Cirugía de cadera	<input type="checkbox"/> Ligadura de trompas
<input type="checkbox"/> Cesárea	<input type="checkbox"/> Histerectomía	<input type="checkbox"/> Vasectomía
<input type="checkbox"/> Cirugía de colon	<input type="checkbox"/> Cirugía de rodilla	<input type="checkbox"/> Cirugía para bajar de peso
<input type="checkbox"/> Inserción de tubos en los oídos	<input type="checkbox"/> Cirugía de cuello	

Otros antecedentes quirúrgicos: _____