

HISTORIA MÉDICA Y SOCIAL

Nombre		Fecha de Nacimiento		Fecha	
Ocupación		Empleador			
Esposo(a)		# de Niños		Años de Educación	
Historial de Cirugía					
Tipo de Cirugía		Fecha		Tipo de Cirugía	
Historia Médica Familiar					
	Usted	Madre	Padre	Hermana	Hermano
Alcohol/Abuso de Drogas					
Alergias de Temporada					
Artritis					
Asma					
Problemas de la Vejiga					
Problemas con la Sangre					
Cancer					
Depresión					
Diabetes					
Enfermedad en los Ojos					
Enfermedades Genéticas/Defectos al Nacer					
Dolor de Cabeza/Migraña					
Problemas del Corazón(ataque/angina)					
Colesterol Alto					
Alta Presión					
Enfermedad de los Riñones					
Enfermedad del Hígado/Hepatitis					
Enfermedad Mental					
Enfermedad en los Músculos o Esqueleto					
Enfermedad del Sistema Nervioso					
Obesidad					
Osteoporosis					
Anemia por Células Falciformes					
Derrame Cerebral					
Enfermedad de la tiroides					
Tuberculosis					
Psoriasis / Eccema					
Otro: (describa)					
Otro: (describa)					
Otro: (describa)					
Uso de Substancias					
Drogas	Cantidad	Tipo			
<input type="checkbox"/> No					
<input type="checkbox"/> Sí		Drogas Intravenosas			
<input type="checkbox"/> Sí		Cocaína de Cristales de Roca			
<input type="checkbox"/> Sí		Cocaína			
<input type="checkbox"/> Sí		Éxtasis			
<input type="checkbox"/> Sí		Heroína			
<input type="checkbox"/> Sí		LSD (Ácido)			
<input type="checkbox"/> Sí		Marijuana			
<input type="checkbox"/> Sí		Metanfetamina (Meth)			
<input type="checkbox"/> Sí		Otro: (describa)			
Comentarios:					
Estado Familiar					
Relación	Vivo(a)	Fallecido	Edad al Morir	Comentarios	
Madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Hermana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Hermano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Hija	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Hijo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Otro: (describa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Uso de Alcohol y Tabaco					
Uso de Tabaco	Cuánto	Años	Cuando Dejó	Tipos	
<input type="checkbox"/> Nunca					
<input type="checkbox"/> De Segunda Mano					
<input type="checkbox"/> Dejó					
<input type="checkbox"/> Sí				<input type="checkbox"/> Cigarillo <input type="checkbox"/> Pipa <input type="checkbox"/> Cigarro <input type="checkbox"/> En Polvo <input type="checkbox"/> Mascadura	
Comentario:					
Uso de Alcohol	Cuánto	Tipos			
<input type="checkbox"/> No					
<input type="checkbox"/> Dejó					
<input type="checkbox"/> Sí		Bottellas de Cerveza			
<input type="checkbox"/> Sí		Copas de Vino			
<input type="checkbox"/> Sí		Licor Fuerte			
Comentario:					
Preocupaciones Personales					
	No	Sí	Comentarios		
Servicio Militar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Transfusión de Sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Preocupación sobre la Cafeína	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Exposición Ocupacional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Peligros Sobre sus Pasatiempos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Preocupaciones del Sueño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Tensión (estrés)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Preocupación Sobre su Peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Dieta Especial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Cuidado de la Espalda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Ejercicio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Casco para usar con la bicicleta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Cinturón de Seguridad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Auto-Exámenes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Comentarios:					

