

Nombre: \_\_\_\_\_ Cumpleaños: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Equipos de Cuidado:** Por favor indique otros medicos involucrados en su cuidado.  
*PCP, GI, oncologist, OBGYN, cardiologist, etc.*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Alergias/Contraindicaciones:** Por favor liste cualquier alergia **Y** su reaccion al agente.

\_\_\_\_\_

**Revision de medicamentos:** Por favor liste todos los medicamentos actuales incluido sobre el mostrador y suplementos.

*Nombre de la medicacion/dosis/frecuencia*

Farmacia: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Historia Medico:** Por favor marque todos los que apliquen.

*Para los articulos seleccionados, agregue la informacion pertinente con respect a ese terma en la seccion "comentario".*

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Anemia                            | <input type="checkbox"/> Depression                         | <input type="checkbox"/> Obesidad                    |
| <input type="checkbox"/> Complicaciones Anesteticas        | <input type="checkbox"/> Diabetes                           | <input type="checkbox"/> Apnea Obstructiva del Sueno |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad                          | <input type="checkbox"/> GERD - Reflujo                     | <input type="checkbox"/> Osteoporosis                |
| <input type="checkbox"/> Arthritis                         | <input type="checkbox"/> Sopio Cardiaco                     | <input type="checkbox"/> Otro Cancer de Piel         |
| <input type="checkbox"/> Asma                              | <input type="checkbox"/> Hepatitis                          | <input type="checkbox"/> Pancreatitis                |
| <input type="checkbox"/> Cancer                            | <input type="checkbox"/> HIV/AIDS                           | <input type="checkbox"/> Convulsiones                |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia Cardiaca Congestiva | <input type="checkbox"/> Hiperlipidemia                     | <input type="checkbox"/> Anemia Falciforme           |
| <input type="checkbox"/> Desorden de la Coagulacion        | <input type="checkbox"/> Hipertension                       | <input type="checkbox"/> Carrera                     |
| <input type="checkbox"/> COPD                              | <input type="checkbox"/> Enfermedad Inflamatoria Intestinal | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Tiroides      |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de la Arteria          | <input type="checkbox"/> Enfermedad del Rinon               | <input type="checkbox"/> Colitis Ulcerosa            |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn               | <input type="checkbox"/> Ataque al Corazon                  |  |

**Historia Quirurgica:** Por favor marque todos los que apliquen.

*Para los articulos seleccionados, agregue la informacion pertinente con respect a ese terma en la seccion "comentario".*

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Appendectomia- <i>apendice</i>     | <input type="checkbox"/> Laparotomia Exploratoria            | <input type="checkbox"/> Banda de Vuelta               |
| <input type="checkbox"/> Cirugia de Busto                   | <input type="checkbox"/> Cirugia de Fractura                 | <input type="checkbox"/> Cirugia del Intestino Delgado |
| <input type="checkbox"/> CABG                               | <input type="checkbox"/> Bypass Gastrico                     | <input type="checkbox"/> Cirugia de Columna            |
| <input type="checkbox"/> Colectistectomia – Vesicula Biliar | <input type="checkbox"/> Reparacion de la Hernia de la Ingle | <input type="checkbox"/> Cirugia Tiroidea              |
| <input type="checkbox"/> Cirugia de Colon                   | <input type="checkbox"/> Hemorroidectomia                    | <input type="checkbox"/> Ligadura de Trompas           |
| <input type="checkbox"/> C-section                          | <input type="checkbox"/> Histerectomia                       | <input type="checkbox"/> Sustitucion de la Valvula     |
| <input type="checkbox"/> Laparoscopia Diagnostica           | <input type="checkbox"/> Reemplazo de la Articulacion        | <input type="checkbox"/> Reparacion de Hernia Ventral  |

EGD previa, cuando? \_\_\_\_\_ Colonoscopia previa, cuando? \_\_\_\_\_

Otros Historia Medico, Historia Quirurgica, Comentarios:

---

---

---

**Historia Familiar:** Por favor anote cualquier antecedente familiar condiciones medicas.

Madre-*viva/fallecido*:

---

Padre- *viva/fallecido*:

---

Hermanos:

---

Ninos: \_\_\_\_\_

Tias- *maternal/paternal*:

---

Tios- *maternal/paternal*:

---

Abuelos- *maternal/paternal*:

---

Otro: \_\_\_\_\_

**Historia Social:** Por favor complete lo siguiente.

Estado Civil: \_\_\_\_\_ Numero de Ninos: \_\_\_\_\_

Alcohol: Si/NO

*Que tipo/Cuanto Cuesta?*

El Consumo de Tabaco: Si/NO

*Paquete por dia?*

El Consumo de Drogas: Si/NO

*Que Tipo?*

---

---

---

*Ponga por favor su altura en la table abajo.*

NURSE USE ONLY:

Height:	
Weight:	
BP:	
Location/position:	
P:	
R:	
T:	