

**GENERAL SURGICAL ASSOCIATES  
PATIENT MEDICAL HISTORY**

<b>NOMBRE</b>			<b>Sexo</b>	<b>FECHA</b>
			M    F	

<b>EDAD</b>	<b>FECHA DE NACIMIENTO</b>	<b>OCUPACION</b>

**QUAL ES EL PROBLEMA PRINCIPAL POR EL CUAL HA VENIDO HOY Y DESDE CUANDO TIENE ESTE PROBLEMA?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**CIRCULE CUALQUIER CONDICION MEDICA QUE HA TENIDO:**    Facilidad de Sangreo/ Moretones    Presion Alta    Problemas del Corazon/Ataques de Corazon  
 Diabetes    Embolia    Enfermedad de Riñones    Asma/Obesidad/Apnea del Sueño    Hepatitis    Cancer(Pulmon, Pecho, Colon, Ovario)

**OTRAS ENFERMEDADES QUE NO ESTEN NOMBRADAS ARRIBA y/o DETALLES ADICIONALES SOBRE LAS ENFERMEDADES ARRIBA MENCIONADAS:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**QUE CIRUGIAS USTED HA TENIDO ANTERIORMENTE: (Incluya Cirugia, Fecha y Nombre de Cirujano)**                      Vesicula    Hernia    Colon    Bypass del Corazon/Valvula

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**MEDICAMENTOS (Incluyendo Herbales, Suplementos Nutricionales o Dieteticos). Incluya el Nombre y la Dosis que Toma:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

FARMACIA : \_\_\_\_\_ FARMACIA NO. DE TELEFONO: \_\_\_\_\_

<b>TIENE ALGUNAS REACCIONES DE ALERGIAS A MEDICAMENTOS U OTRAS SUBSTANCIAS?</b> (Nombre de Medicina / Describa la Reaccion)	<b>HA TOMADO MEDICAMENTOS DE TIPO CORTISONA?</b> SI                      NO
	<b>TOMA ANTICONCEPTIVOS ORALES?</b> SI                      NO

<b>USTED USA TABACO ACTUALMENTE?</b> SI                      NO	<b>EN EL PASADO?</b> SI                      NO	<b>QUE TIPO Y QUE CANTIDAD DIARIAMENTE</b>	<b>DESDE CUANDO?</b>
--	--	--	----------------------

<b>USTED TOMA BEBIDAS ALCOHOLICAS?</b> SI                      NO	<b>Que Tipo?</b>	<b>CANTIDAD POR SEMANA?</b>	<b>DESDE CUANDO?</b>
--	------------------	-----------------------------	----------------------

<b>FECHA DE ULTIMO PERIODO MENSTRUAL</b>	<b>LOS PERIODOS SON:</b> Regular                      Irregular	<b>NUMERO DE EMBARAZOS</b>	<b>NUMERO ABORTOS</b>
--	--	----------------------------	-----------------------

<b>HA ESTADO EXPUESTO AL VIH/ SIDA?</b> SI                      NO	<b>ABUSA USTED DE DROGA INTRAVENOSA?</b> SI                      NO	<b>ALGUNA VEZ HA TENIDO UNA TRANSFUSION DE SANGRE?</b> SI                      NO                      FECHA:
---	--	--

<b>SU PESO USUAL</b>	<b>DESDE CUANDO MANTIENE ESTE PESO?</b>
----------------------	---

**CIRCULE LA ENFERMEDAD QUE LE HA OCURRIDO A SUS FAMILIARES:**                      Diabetes    Cancer    Facilidad de Sangreo/Moretones  
 Enfermedad del Riñon    Tuberculosis    Enfermedad del Corazon    Embolia    Alta Presion    Enfermedad de Nervios    Alergias    Otro

<b>PADRE:</b> VIVO FALLECIDO	<b>Salud Actual o Causa del Fallecimiento</b>	<b>MADRE:</b> VIVA FALLECIDA	<b>Salud Actual o Causa del Fallecimiento</b>	<b>CONYUGE:</b> VIVO(A) FALLECIDO(A)	<b>Salud Actual o Causa del Fallecimiento</b>
<b>HERMANO(S)</b>	<b>CUANTOS VIVEN                      SALUD</b>		<b>CUANTOS FALLECIERON</b>	<b>CAUSA DE FALLECIMIENTO</b>	
<b>HERMANA(S)</b>	<b>CUANTAS VIVEN                      SALUD</b>		<b>CUANTAS FALLECIERON</b>	<b>CAUSA DE FALLECIMIENTO</b>	
<b>HIJOS(AS)</b>	<b>CUANTOS(AS) VIVEN                      EDADES/SALUD</b>		<b>CUANTOS(AS) FALLECIERON</b>	<b>EDADES/CAUSA DE FALLECIMIENTO</b>	

<b>FORMULARIO COMPLETADO POR:</b>	<b>FIRMA:</b>