GENERAL SURGICAL ASSOCIATES
PATIENT MEDICAL HISTORY

NOMBRE	Sexo M F	FECHA

EDAD	FECHA DE NACIMIENTO	OCUPACION

CUAL 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:

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

USTED USA TABACO ACTUALMENTE? SI NO	EN EL PASADO? SI NO	QUE TIPO Y QUE CANTIDAD DIARIAMENTE	DESDE CUANDO?

USTED TOMA BEBIDAS ALCOHOLICAS? SI NO	Que Tipo?	CANTIDAD POR SEMANA?	DESDE CUANDO?

FECHA DE ULTIMO PERIODO MENSTRUAL	LOS PERIODOS SON: Regular Irregular	NUMERO DE EMBARAZOS	NUMERO ABORTOS

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

SU PESO USUAL	DESDE CUANDO MANTIENE ESTE PESO?

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

PADRE: VIVO FALLECIDO	Salud Actual o Causa del Fallecimiento	MADRE: VIVA FALLECIDA	Salud Actual o Causa del Fallecimiento	CONYUGE: VIVO(A) FALLECIDO(A)	Salud Actual o Causa del Fallecimiento

HERMANO(S)	CUANTOS VIVEN	SALUD	CUANTOS FALLECIERON	CAUSA DE FALLECIMIENTO
HERMANA(S)	CUANTAS VIVEN	SALUD	CUANTAS FALLECIERON	CAUSA DE FALLECIMIENTO
HIJOS(AS)	CUANTOS(AS) VIVEN	EDADES/SALUD	CUANTOS(AS) FALLECIERON	EDADES/CAUSA DE FALLECIMIENTO

FORMULARIO COMPLETADO POR:	FIRMA: