

MEDICAL HISTORY
HISTORIA MEDICA

PATIENT NAME _____
Nombre de Paciente

AGE _____
Edad

TODAYS DATE _____

PHYSICIAN'S NAME _____
Nombre del Medico

DATE OF LAST PHYSICAL _____
Fecha del Ultimo Examen Fisico

DO YOU HAVE,OR HAVE YOU EVER HAD ANY OF THE FOLLOWING DISEASES?
Usted tiene o a tenido algunos de estas enfermedades?

YES **NO**
SI **NO**

- | | | |
|-------|-------|--|
| _____ | _____ | 1) HEART MURMUR,RHEUMATIC FEVER,MITRAL VALVE PROLAPSE
Soplo en el corazon, fiebre rheumatica o prolapso de la valvula mitral |
| _____ | _____ | 2) CARDIOVASCULAR DISEASE,HEART ATTACK,STROKE,BLOOD CLOTS,
HIGH OR LOW BLOOD PRESSURE
Enfermeda cardiovascular, cuagulos de sangre, ataque de corazon, presion sanguenia alta o baja una apoplejua |
| _____ | _____ | 3) ARTIFICIAL HEART VALVES OR ARTIFICIAL JOINTS
Articulaciones o valvaulas del corazon artificiales |
| _____ | _____ | 4) HIV/AIDS OR OTHER IMMUNOSUPPRESSIVE DISORDER
VIH/SIDA a otros trastornos inmunosupresores |
| _____ | _____ | 5) TUBERCULOSIS
Tuberculosis |
| _____ | _____ | 6) CANCER
Cancer |
| _____ | _____ | 7) HEMOPHILIA
Hemophilia |
| _____ | _____ | 8) EPILEPSY
Epilepsia |
| _____ | _____ | 9) ASTHMA
Asma |
| _____ | _____ | 10) HEPATITIS,JAUNDICE,LIVER DISEASE
Hepatitis,ictericia o enfermedad del higado |
| _____ | _____ | 11) HERPES
Herpes |
| _____ | _____ | 12) ALLERGIES TO MEDICINES,DRUGS,OR ANESTHETICS
Alergias a medicinas o drogas o anestesias |
| _____ | _____ | 13) STOMACH ULCERS
Ulceras de estomago |
| _____ | _____ | 14) DIABETES
Diabetes |
| _____ | _____ | 15) THYROID CONDITION
Condicion de tiroides |
| _____ | _____ | 16) NERVOUS BREAKDOWN
Averia nerviosa |
| _____ | _____ | 17) KIDNEY PROBLEMS
Problemas de rinon |
| _____ | _____ | 18) VENERAL DISEASE
Enfermedades Venarias |
| _____ | _____ | 19) SINUS TROUBLE
Problema de sinusitis |
| _____ | _____ | 20) HIVES OR SKIN RASH
Las colmenas o pela el sarpullido |
| _____ | _____ | 21) ARTHRITIS
Artritis |
| _____ | _____ | 22) ARE YOU ALLERGIC TO PENICILLIN?
Es ud alergico a la penicillina? |
| _____ | _____ | OTHER; PLEASE SPECIFY
Otro; Especifique, por fávior _____ |
| _____ | _____ | 23) OSTEOPOROSIS?
Medicine Taken?
Que medicinas estas tomando? _____ |