

HISTORIA CLINICA Y EXAMEN MEDICO

1. Nombre _____ 2. Fecha de Nacimiento _____ 3. Edad _____
4. Lugar de Nacimiento _____ 5. Sexo F/M _____ 6. Estado Civil _____
7. Domicilio _____
8. Enumere los medicamentos que toma Ud. Diariamente _____
9. Marque (SI) o (NO) en las siguientes preguntas. Si responde (SI), explique brevemente al costado derecho.
10. Llevar este formulario lleno y una foto 4 x 4 cm. donde el doctor.

SI	NO		EXPLICACION
		A. Se ha tratado Ud. Mismo de alguna enfermedad seria?	
		B. Ha tenido Ud. Alguna enfermedad seria o algún accidente grave? Indique detalles y fechas.	
		C. Ha sido Ud. Tratado por profesionales que no sean médicos?	
		D. Ha sido Ud. Intervenido quirúrgicamente o su médico le ha aconsejado operarse?	
		E. Ha sido Ud. Paciente en un hospital de enfermedades mentales o ha sido tratado por un siquiatra o psicólogo?	

11. Tiene Ud. ahora o ha tenido alguno de los síntomas indicados a continuación? Marque SI o NO.

SI	NO		SI	NO		SI	NO	
		Severos dolores de cabeza			Malestares del estómago, hígado.			Paludismo, amebiasis
		Epilepsia o desmayo			Malestares vesiculares			Problemas nerviosos
		Defectos visuales			Hepatitis			Depresión excesiva/preocupación
		Enfermedades de la piel			Hernias			Intento de suicidio
		Problemas de oído, nariz y garganta			Hemorroides o problemas rectales			Usa alguna droga alucinógena
		Asma			Sangre en las deposiciones			Hemorragia post extracción dental
		Rinitis/alergia			Micción frecuente/dolorosa			Reacción a vacunas o medicamentos
		Dificultad respiratoria			Problema renal o sangre en la orina			Tumor, quiste o cancer
		Tos Crónica			Diabetes			Toma Ud. Alcohol
		Sangre en esputo			Fiebre reumática			Toma algún medicamento diariamente
		Tuberculosis o contacto con tuberculoso			Dislocación de hombro o rodilla			Artritis o dolores articulares
		Opresión o dolor en el pecho			Deformación articular u ósea			Edema de pies o tobillos
		Palpitaciones en el pecho			Usa alguna droga o narcótico			Dolor de espalda o usa corset
		Hipertensión arterial						Fuma cigarrillos
		Indigestiones frecuentes						

Certifico que la información contenida en este formulario es verdadera y completa.

Fecha: _____

Firma: _____