

FORMULARIO DE HISTORIA MÉDICA

Fecha: _____

Sexo: Masculino Femenino

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Altura: _____ Peso: _____

PARA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS, CIRCULE SÍ O NO, LO QUE CORRESPONDA. SUS RESPUESTAS SON SOLO PARA NUESTROS REGISTROS Y SERÁN CONFIDENCIALES.

1. ¿Tiene buena salud? Sí No
2. ¿Ha habido algún cambio en su salud en el último año? Sí No
3. Mi último examen físico fue en: _____ / _____ / _____
4. ¿Estás ahora bajo el cuidado de un médico? Sí No
Si es así, ¿para qué condición? _____
5. El nombre y la dirección de mi médico es: _____
6. ¿Ha tenido alguna enfermedad, operación u hospitalización grave en los últimos 5 años? Sí No
7. ¿Ha tenido un reemplazo de articulación artificial (rodilla, cadera, hombro, etc.)? Sí No
8. ¿Está tomando o ha tomado alguna vez Bifosfonatos para la osteoporosis o quimioterapia para el mieloma múltiple u otros cánceres (Reclast, Fosamax, Actonel, Boniva, Aredia, Zometa o Prolia)? Sí No
9. ¿Está tomando algún medicamento (s) incluyendo píldoras de dieta, sin receta, vitaminas, remedios homeopáticos o naturales? Sí No
Si es así, por favor mencione: _____
10. ¿Tiene o ha tenido alguna de las siguientes enfermedades o problemas?
 - a. Válvulas cardíacas dañadas, válvulas artificiales o soplo cardíaco Sí No
 - b. Enfermedad Reumática del Corazón Sí No
 - c. Problemas cardíacos, ataque cardíaco, angina de pecho, presión arterial alta, derrame cerebral, arteriosclerosis o cualquier otra condición del corazón Sí No
 1. ¿Dolor en el pecho después del esfuerzo? Sí No
 2. ¿Falta de aliento después del ejercicio leve? Sí No
 3. ¿Se hinchan tus tobillos? Sí No
 - d. Alergias Sí No
 - e. Problemas de sinusitis Sí No
 - f. Asma o fiebre del heno Sí No
 - g. Desmayos o convulsiones Sí No
 - h. Diabetes Sí No
 - i. Hepatitis, ictericia o enfermedad hepática Sí No
 - j. Úlceras bucales frecuentes o recurrentes Sí No
 - k. Problemas de tiroides Sí No
 - l. Problemas respiratorios, enfisema, bronquitis, etc. Sí No
 - m. Artritis o articulaciones dolorosas e inflamadas, incluida la articulación de la mandíbula (TMJ) Sí No
 - n. Osteoporosis Sí No
 - o. Úlcera estomacal o hiperacidez Sí No
 - p. Problemas de riñón Sí No
 - q. Tuberculosis Sí No
 - r. Tos persistente o tos que produce sangre Sí No
 - s. Glándulas del cuello inflamado persistentes Sí No
 - t. Presión arterial baja Sí No
 - u. Epilepsia o trastorno neurológico Sí No
 - v. Cáncer Sí No
 - w. Cualquier enfermedad, fármaco u operación de transplante que haya deprimido su sistema inmunológico Sí No