

## Medica Historia

Nombre \_\_\_\_\_ La Fecha de Hoy \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

**Historia Medica / Problema** - liste las fechas de todo  nunca fue hospitalizado  nunca tuvo una opera

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> AltaPresion _____          | <input type="checkbox"/> Alergias _____             | <input type="checkbox"/> Ulcera _____                       |
| <input type="checkbox"/> Hyperlipidemia _____       | <input type="checkbox"/> Asthma _____               | <input type="checkbox"/> Desorden Gastro-intestinal _____   |
| <input type="checkbox"/> Murmullo de Corazon _____  | <input type="checkbox"/> COPD _____                 | <input type="checkbox"/> DisfuncionesSexuales _____         |
| <input type="checkbox"/> Arrhythmia _____           | <input type="checkbox"/> Pulmonia _____             | <input type="checkbox"/> Disfunciones de Menstruacion _____ |
| <input type="checkbox"/> Problemas de Corazon _____ | <input type="checkbox"/> EnfermedadVenerea _____    | <input type="checkbox"/> Incontinencia _____                |
| <input type="checkbox"/> Apoplejia _____            | <input type="checkbox"/> Escalatina _____           | <input type="checkbox"/> Anemia _____                       |
| <input type="checkbox"/> Cancer _____               | <input type="checkbox"/> FebreReumatica _____       | <input type="checkbox"/> Arthritis / Gota _____             |
| <input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza _____    | <input type="checkbox"/> Enfermedad del Hgado _____ | <input type="checkbox"/> La Tiroide _____                   |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia _____            | <input type="checkbox"/> Diabetes _____             | <input type="checkbox"/> Depresion _____                    |
| <input type="checkbox"/> ProblemasSangrando _____   | <input type="checkbox"/> Otros _____                |   |

**Medicinas**  Ninguno  Multiple (liste todo abajo) **Alergias**  Ninguno


### Hospitalizacion o Cirugia

Razón	Fecha	Razón	Fecha

### La familia la HistoricaMedica

	Padre	Madre	Padres del Padre	Padres de la Madre	Hermanos/Hermanas	Hijos
Enfermedad de Corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alta Preslon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apoplejia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsia / Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desorden de Sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad de Rinones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad Mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Historia de Uso de sustancia	Duerma los Hábitos	Hábitos dietéticos	Historia social
<input type="checkbox"/> Cafeina	<input type="checkbox"/> Dificultades durmiendo	<input type="checkbox"/> Consumo de sal	<input type="checkbox"/> Soltero / a
<input type="checkbox"/> Tabaco	<input type="checkbox"/> Molestia Continuo	<input type="checkbox"/> Consumo de grasa	<input type="checkbox"/> Casado / a
<input type="checkbox"/> Alcohol	<input type="checkbox"/> Ronquidos	<input type="checkbox"/> Consumo de Calcio	<input type="checkbox"/> Ley no Escrita
<input type="checkbox"/> Drogas recreativas	<input type="checkbox"/> Despiertos al amanecer	<input type="checkbox"/> Ejercite la Rutina _____	<input type="checkbox"/> Divoricado / Sep ??
<input type="checkbox"/> Medicina tradicionales	<input type="checkbox"/> Sueno durante el dia	_____	<input type="checkbox"/> Vivir Juntos
	<input type="checkbox"/> Otro	_____	<input type="checkbox"/> Viudo / a

### Riesgo Sobre Hepatitis C

Transfucion de sange antes de 1992  Uso de drogas IV (1+ veces)  Contacto con sangre/fluido de cuerpo

### Historia Spiritual

La frecuencia de Asistencia de Iglesia  Nunca  Rara vez  Regularmente La Iglesia en casa \_\_\_\_\_  
 La frecuencia de la Oración  Nunca  Rara vez  Regularmente Afiliación religiosa \_\_\_\_\_  
 ¿Si estaba usted en el hospital, qué usted querría  Oración  Notifique su clero  Una visita de su capellár

### Historia Social

Experiencia Pasada de abuso? Y / N  Sexual  Emocional  Físico