

## Formulario de Historial de Salud

Formulario de Historial de Salud Nombre del paciente : \_\_\_\_\_

Médico de atención primaria : \_\_\_\_\_ Médico de referencia : \_\_\_\_\_

Farmacia preferida (local no por correo) : \_\_\_\_\_

Ubicación de la farmacia: \_\_\_\_\_

Medicamentos (Enumere o proporcione al personal clínico una copia de las recetas en la cita)

1. _____	2. _____	3. _____
4. _____	5. _____	6. _____
7. _____	8. _____	9. _____
10. _____	11. _____	12. _____
13. _____	14. _____	15. _____

Alergias a medicamentos: (por favor incluya reacciones) :

1. _____	2. _____	3. _____
4. _____	5. _____	6. _____
7. _____	8. _____	9. _____
10. _____		

¿Alergias al látex? Sí/No

¿Alergias a los Adhesivos? Sí/No

**Historial médico (encierre en un círculo todo lo que corresponda):**

Cáncer activo/anterior: \_\_\_\_\_ Tratado con: Quimio y/o Radiación

Infecciones de oído: S/N

Ataque al corazón: S/N; si es así, cuándo: \_\_/\_\_/\_\_

Alergias: S/N

Presión arterial alta: S/N

Colesterol elevado: S/N

Depresión: S/N

Presión arterial alta: S/N

Diabetes tipo I o tipo II

Apnea del sueño (CPAP): S/N Trastornos hemorrágicos: S/ N

Nódulos tiroideos: S/N

Asma: S/N ERGE: S/N

Hipertiroidismo: S/N

Hipotiroidismo: S/N

Ansiedad: S/N Trazo: S/N; Si es así cuando: \_\_/\_\_/\_\_

**Cirugías:**

---

---

---

Vacuna contra la gripe: Sí/No

Vacuna contra la neumonía: Sí/No

Vacuna para el COVID-19: Sí/No

Fabricante: Pfizer / Moderna / Johnson y Johnson

Historia familiar : (Incluya cáncer, trastornos hemorrágicos, pérdida de audición o trastornos de la tiroides)

Madre: \_\_\_\_\_ Padre: \_\_\_\_\_

Hermanos: \_\_\_\_\_ Abuelos: \_\_\_\_\_

Historia social (encierre en un círculo todo lo que corresponda):

De fumar    Tabaco sin humo    cigarros    Pasado de vapeo

Consumo de alcohol: S/N Tipo: Cerveza/Vino/Licor