



HISTORIAL MÉDICO

Nota: Toda la información personal será estrictamente confidencial y permanecerá en el expediente

Favor de marcar si padece de alguna de estas condiciones:

- Diabetes, Presión sanguínea anormal, Hepatitis o problemas del Hígado, Úlcera estomacal, Problemas del corazón, Problemas en los pulmones, Cáncer, Otras, Problemas del riñón, Gastritis, SIDA (HIV positivo), Problemas de circulación, Artritis, Asma, Problemas en la coagulación

Favor de marcar si es alérgico(a) a:

- Acetaminofén (Tylenol / Panadol), Anestesia local, Aspirina, Betadina, Cinta adhesiva, Cualquier otro medicamento y/o sustancia (Favor de explicar), Codeína, Demerol, Penicilina, Sulfas, Yodo

Favor de marcar si es alérgico(a) a:

Table with 2 columns: Medicamento, Condición. Includes horizontal lines for data entry.

Indicar si ha sido operado del pie anteriormente:

Table with 3 columns: Cirugía, Año, Doctor. Includes horizontal lines for data entry.

Marque si ha sido operado de:

- Corazón, Circulación, Ortopedia, Otras, Tipo de cirugía: (with lines for text)

FIRMA DEL PACIENTE O ENCARGADO

FECHA