

Medical Health History

Date _____

Last Name _____ First Name _____ Date of birth _____

Are you currently under the care of a physician?(circle) Yes No

Explain _____

Have you ever had a serious illness, operation, or been hospitalized? If so, please explain

Have you ever had or been treated for:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Prolonged Bleeding |
| <input type="checkbox"/> Arthritis | <input type="checkbox"/> Heart Murmur | <input type="checkbox"/> Prosthetic Joint Replacement |
| <input type="checkbox"/> Asthma or Hay Fever | <input type="checkbox"/> Heart Trouble | <input type="checkbox"/> Radiation Treatment |
| <input type="checkbox"/> Blood Disease | <input type="checkbox"/> Hepatitis or Jaundice | <input type="checkbox"/> Rheumatic Fever |
| <input type="checkbox"/> Blood Transfusion | <input type="checkbox"/> High/Low Blood Pressure | <input type="checkbox"/> Shortness of Breath |
| <input type="checkbox"/> Cancer or Tumor | <input type="checkbox"/> HIV or AIDS | <input type="checkbox"/> Sinus Trouble |
| <input type="checkbox"/> Chest pain | <input type="checkbox"/> Kidney/Bladder Trouble | <input type="checkbox"/> Stroke |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Liver Disease | <input type="checkbox"/> Thyroid Disease |
| <input type="checkbox"/> Epilepsy | <input type="checkbox"/> Lung Disease | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Fainting Tendency | <input type="checkbox"/> Mental Disorders | <input type="checkbox"/> Venereal Disease |

Check any of the following that you are taking or have taken:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Anticoagulants | <input type="checkbox"/> Cortisone Drugs | <input type="checkbox"/> Steroids |
| <input type="checkbox"/> Blood Thinners | <input type="checkbox"/> Sedatives | <input type="checkbox"/> Tranquilizers. |

Are you taking any other medications _____ yes _____ No

Explain: _____

Are you allergic to or do you suffer ill effects from any of the following?

- | | | |
|----------------------------------|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Aspirin | <input type="checkbox"/> Dental Anesthetics | <input type="checkbox"/> Penicillin |
| <input type="checkbox"/> Codeine | <input type="checkbox"/> Household Bleach | Other _____ |

Do you now or have you ever used tobacco? (circle) Yes No

If you currently use tobacco, are interested in quitting (circle) Yes No

Women Only: Are you pregnant? ___yes ___No If yes, how many months _____ Are breast feeding ___yes ___No

Are you presently taking medicine of any kind routinely?(Birth control,shots,implants,hormone therapy,etc)

Explain _____

The above information is true to the best of my knowledge

Name _____ Signature _____

Historial Clínica

Fecha: _____

Apellido _____ Primer Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____

¿Esta recientemente bajo cuidado medico? SI No

Explique _____

¿Ha estado usted internado en un hospital o ha tenido alguna enfermedad seria? _____

¿Padeció, o alguna vez lo trataron por:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Sangrado Prolongado |
| <input type="checkbox"/> Arthritis | <input type="checkbox"/> Sopio Cardiaco | <input type="checkbox"/> Prótesis Coyunturas |
| <input type="checkbox"/> Asthma or Alrgia | <input type="checkbox"/> Problemas del Corazón | <input type="checkbox"/> Tratamiento de Radiación |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de la Sangre | <input type="checkbox"/> Hepatitis or Jaundice | <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática |
| <input type="checkbox"/> Transfusión de Sangre | <input type="checkbox"/> Alta/Baja Presión | <input type="checkbox"/> Falta de Aire |
| <input type="checkbox"/> Cáncer o Tumor | <input type="checkbox"/> HIV o SIDA | <input type="checkbox"/> Sinusitis |
| <input type="checkbox"/> Dolor en el Pecho | <input type="checkbox"/> Problemas de Riñón/Vesícula | <input type="checkbox"/> Apoplejia |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Enfermedad del Hígado | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Tiroides |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Enfermedad de los Pulmones | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Tendencia a Desmayos | <input type="checkbox"/> Trastorno Mental | <input type="checkbox"/> Enfermedad Vinería |

Indique si ha tomado o esta tomando actualmente lo siguiente:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Anticoagulantes | <input type="checkbox"/> Drogas Cortisonas | <input type="checkbox"/> Esteroides |
| <input type="checkbox"/> Adelgazadores | <input type="checkbox"/> Sedantes | <input type="checkbox"/> Tranquilizantes |

¿Esta tomando usted cualquier otro medicamento? _____ Si _____ No

Expique: _____

¿Es usted alérgico o sufre usted efectos por utilizar cualesquiera de las siguientes?

- | | | |
|-----------------------------------|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Aspirina | <input type="checkbox"/> Anestesia Dental | <input type="checkbox"/> Penicilina |
| <input type="checkbox"/> Codeína | <input type="checkbox"/> Blanqueador Casero | Otro _____ |

¿Es en la actualidad o fue en algún momento fumador? (seleccione con un circulo) SI No

Si en la actualidad es fumador, ¿le interesaría dejar de fumar? (seleccione con un circulo) SI No

Para Mujeres: ¿Esta usted embarazada? Si No Respuesta afirmativa, ¿Cuántos meses? _____

Esta dando pecho? _____ Si _____ No

¿Esta usted tomando algún medicamento regularmente?(Pastillas anticonceptivas, inyecciones o injertos, terapia de hormonas)

Explique: _____

La Información indicada arriba es verdad, hasta donde yo tengo conocimiento

Nombre _____ Firma: _____

