Exalta Health
Historial Medico del Paciente

Nombre:_____ Fecha: _____ Fecha de nacimiento: _____

Por favor llene este formulario a la major de su capacidad. Gracias por su tiempo.

Usted o su familia inmediata han tenido
Alguna de las siguientes enfermedades?
(familia inmediata incluye: madre, padre,
Hermanos, hermanas y abuelos)

Solo marque si es si	**Usted**	**Familia**
Diabetes	☐	☐
Embolio	☐	☐
Enfermedad del Corazon	☐	☐
Ataque al Corazon	☐	☐
Transfusion de sangre	☐	☐
Enfermedad de rinon/piedras	☐	☐
Dolor de cabeza frecuente	☐	☐
Alcholismo/abuso de drogas	☐	☐
Problemas de respiracion	☐	☐
Colesterol Alto	☐	☐
Cancer	☐	☐
Alta presion	☐	☐
Fiebre reumatica	☐	☐
Enfermedad de celulas falsiformes	☐	☐
Enfermedad de tiroides	☐	☐
Tuberculosis	☐	☐
Anemia	☐	☐
Depresion	☐	☐
Intento de suicidio	☐	☐
Ulcera	☐	☐
Enfermedad del higado	☐	☐
Convulsiones	☐	☐
Problemas Psiquiatricos	☐	☐

Escriba otros problemas medicos en su familia:
_____
_____
_____

Escriba **cirugias** o **enfermedades** que requirio
Una hospitalizacion:

Ano	Cirugia/Enfermedad

Social History:
Hace ejercicio? S / N
Cuanta cafeina toma al dia? _____
Usted fuma? S / N
Cuantos cajas al dia? _____
Por cuantos anos? _____
Toma alcohol? S / N
Cantidad por semana? _____
Ha usado drogas? S / N
Que tipo de droga? _____

Vacunas:
Cuando fue su ultima vacuna de tetano? _____
Cuando fue su ultimo examen
de tuberculosis (en la piel)? ___
Ha recibido la vacuna de
Sarampion? S / N
Ha tenido varicela o recibido la
vacuna de varicela? S / N
Ha tenido la vacuna de neumonia? S / N
Tiene alguna alergia? S / N
Que tipo de alergia? _____

Escriba los **medicamentos,**
vitaminas o suplementos que usted usa:

Nombre	Dosis	Veces/Dia