

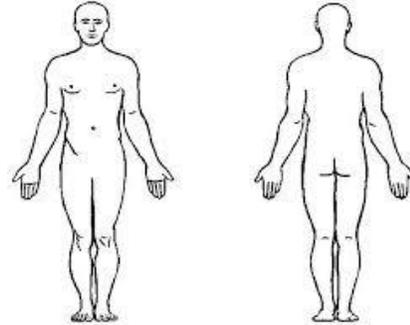
HISTORIA DEL PACIENTE Y CUESTIONARIO FISICA

NOMBRE DEL PACIENTE:	DIA DE NACIMIENTO:	GÉNERO: MASCULINO O FEMENINA
MANO DOMINANTE: DERECHA(O) O IZQUIERDA(O)	ALTURA:	PESO:

POR FAVOR ESCRIBA LOS PROBLEMAS MEDICO ACTUAL INCLUYENDO LA FECHA DE INICIO Y CORRELACIONAR CON LA CARTA DEL DOLOR UTILIZANDO LOS SIMBULOS SIGUIENTES:

DESCRIPCION:

DOLOR: ^^
 ARDOR: xx
 ENTUMECIMIENTO: //
 ALFILERES Y AGUJAS: 00
 PUNALADA: II



DETALLE LAS CIRUGIAS PREVIAS QUE A TENIDO:

FECHA	TIPO	CIRUJANO	HOSPITAL

USTE TOMA ASPIRINA O PRODUCTOS QUE CONTENGAN ASPIRINA? SI O NO O INSEGURO	FUMAS? SI O No	ALCOHOLICO? SI O NO	HAS TENIDO UNA ADICCION A LAS DROGAS? SI O No
---	--------------------------	-------------------------------	---

LISTA DE MEDICAMENTOS PRESCRITOS Y MEDICAMENTOS DE VENTA LIBRE. COMO ANALGESICOS Y RELAJANTES

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	FUERZA DEL MEDICAMENTO	FRECUENCIA

LISTA ALGUNA ALERGIA O ALIMENTOS O MEDICAMENTOS Y EL TIPO DE REACCION:

POR FAVOR MARQUE SI ALGUN MIEMBRO DE SU FAMILIA TIENE UN HISTORIAL DE:
 (ASMA) (CANCER) (DIABETIS) (GOT) (ENFERMEDAD DEL CORAZON) (ALTA PRESION) (ENFERMEDAD PULMONAR)
 (ARTRITIS REUMATOIDE) (ULCERAS)

COMPRUEBE SI HA TENIDO ALGUNA DE LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

ARTRITIS	DOLOR DE CABEZA	MARCAPASOS: FECHA DE INSERCIÓN:
ASMA	ATAQUEZ AL CORAZON	INFARTO
PRESIÓN SANGUÍNEA	Hepatitis TYPO:	ENFERMEDAD DE TIROIDES
DOLOR DE PECHO/ ANGINA	Hernia	ULCERA
DIABETES	PROBLEMAS DE RINO	OTRAS:

He leído y entendido el cuestionario arriba y certificar que el que da respuestas son correctas al mejor de mi conocimiento. Autorizo la divulgación de mis registros médicos con el propósito de tratamiento y por razones que se consideren necesarias a lo dispuesto por HIPAA.

(NOMBRE)

(FIRMA)

(FECHA)

No estoy embarazada en este momento y no tiene intenciones de quedar embarazada mientras está bajo el cuidado de cualquier médico en la práctica . Yo entiendo que durante mi curso de tratamiento que pueda recibir la medicación, los rayos X, y / o intervención médica que pudiera causar daño fatal. Libero al médico por encima de cualquier y toda responsabilidad por daños al feto .

(NOMBRE)

(FIRMA)

(FECHA)