

LA HISTORIA MÉDICA DE PACIENTE PASADO Y PRESENTE

Lo tiene o un miembro de la familia tuvo jamás cualquiera del siguiente?	Personal		Familia		Miembro específico de la familia
	SÍ	NO	SÍ	NO	
Papanicolao abnormal					
Alérgias					
Anemia					
Asma/Emfisema/Problema de Respiración					
Defecto de Nacimiento					
Transfusión de Sangre					
Coagulo de Sangre en una Pierna o los Pulmones					
Enfermedad de los Senos					
Cáncer					
Exposición a DES					
Diabetes					
Problemas de Oreja, Nariz o Garganta					
Epilépsia / Ataques					
Trastorno de Vesicula Biliar					
Dolores de Cabeza – Frecuente o Severo					
Enfermedad Cardíaca					
Hepatitis / Enfermedad de Hígado					
Alto Presion de Sangre					
VIH					
Infertilidad					
Enfermedad de los Riñones					
Retardo Mental					
Embarazo Multiple (Gemelos, Trillizos)					
Enfermedad Nerviosa (Depresión, Ansiedad)					
Enfermedades Transmitado por Relaciones Sexuales					
Ataque					
Cirugia / Complicaciones (especifique)					
Tuberculosis					
Enfermedad de la Glandula Tiroides					
Enfermedad de la Vagina					
Infección Urinario					
Hospitalizaciones					
Accidentes Mayores / Trauma					
Usa Usted alcohol / drogas? (especifique)				SÍ	NO
Fuma Usted?				SÍ	NO
Cuanto?					
Qué es la fecha de su ultima examen de Papanicolao?					
Fue normal?				SÍ	NO

Certifico que el encima de informacion ha sido completado, verdaderamente, al mejor de mi conocimiento.

Firma _____ Fecha _____