

## Historia de Paciente Nuevo

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Lista de sus medicamentos:

Condiciones por las cuales tomas estos medicamentos:

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Lista de otras condiciones medicas que no se han enumerado en la parte superior:

\_\_\_\_\_

Lista de algun medicamento que le causa alergia:

Su Reaccion:

_____	_____
_____	_____

Farmacia de su Preferencia: \_\_\_\_\_

Lista de cirujias que ha tenido:

Anos:

Cirujano / Hospital:

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Has tenido una Colonoscopia? \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Lista de inmunizaciones/vacunas que haya tenido en los ultimos 10 anos (incluyendo el ano)

\_\_\_\_\_

Ocupacion: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_

Uso de Substancias:

Cantidad:

Numero Anos:

Tobaco: \_\_\_\_\_

Drogas: \_\_\_\_\_

Alcohol: \_\_\_\_\_

Cafeina: \_\_\_\_\_

HISTORIA FAMILIAR (por favor incluya solo parientes de sangre)

Enfermedad:

Relacion a Usted:

Cancer de los Senos:	_____
Cancer del Colon:	_____
Otro:Tipo de Cancer:	_____
Diabetes:	_____
Enfermedad del Corazon:	_____
Alta Presion Sanguinea:	_____
Colesterol Alto:	_____
Derrame Cerebral:	_____
Enfermedad Pulmonar (asma):	_____
Enfermedad del Rinon:	_____
Enfermedad del Higado:	_____
Enfermedad Siquiatrico (Depresion):	_____
Enfermedad del Estomago/Gastrointestinal:	_____
Otros: _____	_____
_____	_____

HISTORIA GINECOLOGICA:

Fecha de su Ultimo Periodo Menstrual: \_\_\_\_\_

Fecha de su Ultimo Papanicolaou: \_\_\_\_\_

Ha Tenido Algun Papanicolaou Anormal? \_\_\_\_\_

Fecha de su Ultimo Mamograma: \_\_\_\_\_

Embarazos Previos:

Fecha de su Alumbramiento:	Vaginal/Cesarea	Complicaciones
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____