



HISTORIA GENERAL DEL PACIENTE

1. Por favor, especifique la razón de su visita:

Si su razón involucra una herida, lesión o varias, por favor, describa su naturaleza y dé fechas.

2. Por favor haga una lista de los medicamentos a los que usted es alérgico o presenta intolerancia (o ninguno)

3. ¿ Está usted bajo atención médica ? SI NO

NOMBRE DEL MEDICO TELEFONO

DIRECCION CIUDAD/ESTADO/CODIGO POSTAL

Fecha de su último chequeo médico

4. ¿ Ha consultado alguna vez a un especialista en alergias? SI NO

NOMBRE DEL MEDICO TELEFONO

DIRECCION CIUDAD/ESTADO/CODIGO POSTAL

5. Haga una lista de los medicamentos que usted está tomando actualmente, junto con la dosis y frecuencia (incluyendo medicamentos libres de prescripción médica, aspirina o aquellos que contengan aspirina, pastillas anticonceptivas, dietéticas, vitamina E o preparados con hierbas)

6. Haga una lista de operaciones previas o enfermedades graves y todas las hospitalizaciones que usted haya tenido, junto con las fechas.

7. ¿ Ha tenido inyecciones de Botox ? SI NO

¿CUANDO? ¿DONDE?

HISTORIA FAMILIAR

Distanciamientos Familiares	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Ataques de corazón	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Epilepsia	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Derrames cerebrales o Embolia	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Crisis Nerviosa	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Suicidio	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Presion Arterial Alta	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Defectos congénitos	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Alergias	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Problemas Estomacales	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Alcoholismo	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Diabetes	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Tendencia a hemorragias o sangramiento	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Cáncer	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		

ESTATURA PESO

Esta información es correcta y completa de acuerdo al mejor de mis conocimientos, y yo les concedo a ustedes mi permiso para contactar y comunicarse con mis doctores y mi compañía de seguro.

NOMBRE FECHA

Gracias por escoger FPSA

¿ Usted tiene (o ha tenido) algo de lo siguiente ?

PASADO PRESENTE

SI	NO		SI	NO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alergia Nasal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Post Descarga o Secreción nasal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infecciones de Sinusitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hemorragias o sangramientos Nasaes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolores de cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dificultad para respirar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	a través de la nariz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Apnea del sueño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Usted usa un CPAP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prolapso de la Válvula Mitral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ulceras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas Pulmonares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Presión Arterial Alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	VIH / SIDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿ Ha fumado alguna vez ? SI NO

¿ Actualmente, usted fuma ? SI NO

¿ Cuántos paquetes al día ?

¿ Por cuántos años ?

¿ Toma usted bebidas alcohólicas ? SI NO

¿ Cuántas veces al día ?

Indique si Drogas o Alcohol son un problema de dependencia para usted: DROGAS ALCOHOL

¿ Ha estado usted expuesto a VIH/ SIDA , por contacto sexual anteriormente, cirugías, transfusiones o inyectándose drogas ? SI NO

¿ Ha tenido usted reacción a la anestesia ? SI NO

¿ Tiene usted historia de un aumento en la tendencia a sangrar ? SI NO

¿ Alguna vez ha tenido transfusiones de sangre ? SI NO

¿ Ha estado usted alguna vez bajo la atención o cuidado de un psiquiatra ? SI NO

¿ Ha tenido usted alguna vez una crisis nerviosa ? SI NO

¿ Usa usted anteojos ? SI NO

¿ Son sus anteojos solamente para leer ? SI NO

¿ Usa lentes de contacto ? SI NO

¿ Tiene usted historia de mala cicatrización ? Si su repuesta es afirmativa, ¿ dónde ? SI NO