

## HISTORIAL MEDICO

### CONFIDENCIAL – PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Nacimiento: \_\_\_\_\_ Patient Act. # \_\_\_\_\_

**MEDICAMENTOS** (incluye recetas, sin recetas, suplementos homeopaticas, vitaminas, inhalador, gotas para los ojos.)

| MEDICAMENTOS | DOSIS | FRECUENCIA   | COMENTARIOS |
|--------------|-------|--|-------------|
|              |       | <input type="checkbox"/> Una Diaria <input type="checkbox"/> Dos Diaria <input type="checkbox"/> Otra: |             |
|              |       | <input type="checkbox"/> Una Diaria <input type="checkbox"/> Dos Diaria <input type="checkbox"/> Otra: |             |
|              |       | <input type="checkbox"/> Una Diaria <input type="checkbox"/> Dos Diaria <input type="checkbox"/> Otra: |             |
|              |       | <input type="checkbox"/> Una Diaria <input type="checkbox"/> Dos Diaria <input type="checkbox"/> Otra: |             |
|              |       | <input type="checkbox"/> Una Diaria <input type="checkbox"/> Dos Diaria <input type="checkbox"/> Otra: |             |

**Alergias/Reacciones:**    Ninguna alergias conocida.                       Revise lista para informacion adicional sobre Medicamentos.

**Por favor marque si usted tiene o ha tenido alguna de las siguientes:**

|                      | SI | FECHA |  | SI | FECHA |   | SI | FECHA |
|----------------------|----|-------|--|----|-------|---|----|-------|
| Alta Presion         |    |       | Ataque Cardíaco                                    |    |       | Marcapaso   |    |       |
| Diabetes             |    |       | Ataques epilepticos o Convulsiones                 |    |       | Epilepsia   |    |       |
| Derrame Cerebral     |    |       | Artritis   |    |       | Cancer  |    |       |
| Asma                 |    |       | Fracturas de Huesos                                |    |       | Mareos  |    |       |
| Dolor De Cabeza      |    |       | Osteoporosis                                       |    |       | Enfermedad de Los pulmones                              |    |       |
| Tuberculosis         |    |       | HIV+/SIDA  |    |       | Hepatitis   |    |       |
| Reemplazo Coyuntura  |    |       | Implantes Metales                                  |    |       | Problemas de la Vejiga                                  |    |       |
| Cuidado Psiquiatrico |    |       | <i>Para Mujeres:</i> Puede estar embarazada ahora? |    |       | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |    |       |
| Otras:               |    |       |  |    |       |   |    |       |

**Por favor anote hospitalizaciones/operaciones:**

**Quando sucedio?**

|    |  |
|----|--|
| 1. |  |
| 2. |  |
| 3. |  |
| 4. |  |
| 5. |  |

Revise lista para informacion adicional sobre hospitalizaciones/operaciones.

Recibe Usted Cuidado en Casa Ahora?    Si    No      Fecha cuando le dieron de alta: \_\_\_\_\_

Ha participado alguna vez en un programa de:      Terapia Fisica    Si    No

Terapia Ocupacional    Si    No                      Terapia de Habla    Si    No

Si responde si, Donde y por cuanto tiempo? \_\_\_\_\_

Por favor, indique cualquier otra informacion que pueda ser usada por su terapeuta: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma de persona relleno formulario

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Revisado por:

\_\_\_\_\_  
Fecha

