

INFORMACION HISTORIAL DE SALUD

Nombre de paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Por favor marque todo lo que el paciente tiene o ha tenido en el pasado:

SANGRE/CIRCULATORIO	LESION	SISTEMA NERVIOSO	
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Fractura del tobillo	<input type="checkbox"/> Enfermedad de alzheimer	
<input type="checkbox"/> Tendencia a hemorragia	<input type="checkbox"/> Fractura del brazo	<input type="checkbox"/> Epilepsia	
<input type="checkbox"/> Insuficiencia cardiaca	<input type="checkbox"/> Quemadura	<input type="checkbox"/> Esclerosis multiple	
<input type="checkbox"/> Claudicacion	<input type="checkbox"/> Lesion de la cabeza	<input type="checkbox"/> Transtorno convulsivo	
<input type="checkbox"/> Trombosis venosa profunda (DVT)	<input type="checkbox"/> Fractura de la cadera	<input type="checkbox"/> Enfermedad de los nervios	
<input type="checkbox"/> Enfermedad del corazon	<input type="checkbox"/> Herida con arma de fuego	<input type="checkbox"/> Miastenia grave	
<input type="checkbox"/> Hemofilia	<input type="checkbox"/> Fractura de la rodilla	PEDIATRICO	
<input type="checkbox"/> Estado de trombofilia	<input type="checkbox"/> Fractura de la pierna	<input type="checkbox"/> Anemia	
<input type="checkbox"/> Colesterol alto	<input type="checkbox"/> Accidente de automovil	<input type="checkbox"/> Asma	
<input type="checkbox"/> Hipertension (presion alta)	<input type="checkbox"/> Fractura de cuello	<input type="checkbox"/> ADD con hiperactividad	
<input type="checkbox"/> Anurisma cerebral	<input type="checkbox"/> Fractura de la pelvis	<input type="checkbox"/> ADD sin hiperactividad	
<input type="checkbox"/> Enfermedad vascular periferica	<input type="checkbox"/> Fractura de las costillas	<input type="checkbox"/> Desorden del comportamiento	
<input type="checkbox"/> Enfermedad de Raynaud	<input type="checkbox"/> Herida con arma blanca	<input type="checkbox"/> Retraso en el desarrollo	
<input type="checkbox"/> Fiebre reumatica	RINONES/GENITALES/URINARIOS		
<input type="checkbox"/> Anemia de celulas falciformes	<input type="checkbox"/> Infeccion de la vejiga urinaria	<input type="checkbox"/> Retraso en el desarrollo corporal	
<input type="checkbox"/> Derrame cerebral	<input type="checkbox"/> Endometriosis	<input type="checkbox"/> Reflujo esofagico	
CANCER		<input type="checkbox"/> Precocidad	
<input type="checkbox"/> Vejiga urinaria	<input type="checkbox"/> Enfermedad de los rinones	<input type="checkbox"/> Enfermedad de las vias respiratorias reactiva	
<input type="checkbox"/> Hueso, tejido blando, piel	<input type="checkbox"/> Piedras en los rinones	<input type="checkbox"/> Ataques	
<input type="checkbox"/> Cerebro	<input type="checkbox"/> Enlargamiento de la prostata	<input type="checkbox"/> Infeccion del tracto urinario	
<input type="checkbox"/> Pechos	<input type="checkbox"/> Prostatitis	RESPIRATORIO	
<input type="checkbox"/> Cervical	<input type="checkbox"/> Infeccion de las vias urinarias	<input type="checkbox"/> Asma	
<input type="checkbox"/> Sistema digestivo	VARIOS		
<input type="checkbox"/> Endocrino/Otro Sistema nervioso	<input type="checkbox"/> Alcoholismo	<input type="checkbox"/> Bronquitis	
<input type="checkbox"/> Organos genitales	<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> EPOC enfermedad pulmonar (COCD)	
<input type="checkbox"/> Prostata	<input type="checkbox"/> Cirrosis	<input type="checkbox"/> Hemotorax	
<input type="checkbox"/> Sistema respiratorio	<input type="checkbox"/> Demencia	<input type="checkbox"/> Enfermedad de los pulmones/Enfisema	
<input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Depresion	<input type="checkbox"/> neumonia	
ENDOCRINO		<input type="checkbox"/> Neumotorax	
<input type="checkbox"/> Enfermedad de glandulas adrenalinicas	<input type="checkbox"/> Retraso mental	SOCIAL	
<input type="checkbox"/> Diabetes Melitus	<input type="checkbox"/> Violencia domestica	<input type="checkbox"/> Problemas academicos	
<input type="checkbox"/> Bocio	<input type="checkbox"/> Glaucoma	<input type="checkbox"/> Problemas de socializacion	
<input type="checkbox"/> Hipertiroidismo	<input type="checkbox"/> Gota	<input type="checkbox"/> Comportamiento antisocial adulto	
<input type="checkbox"/> Hipotiroidismo	<input type="checkbox"/> HIV Positivo	<input type="checkbox"/> Problemas de alcohol en la familia	
<input type="checkbox"/> Hiperparatiroidismo	<input type="checkbox"/> Enfermedad de quistes ovaricos	<input type="checkbox"/> Capacidad intelectual limitada	
<input type="checkbox"/> Hipoparatiroidismo	<input type="checkbox"/> Enfermedad de estres postraumatica	<input type="checkbox"/> Nino/Adolecente comportamiento antisocial	
GASTROINTESTINAL		<input type="checkbox"/> Abuso de nino/negligencia , victima	
<input type="checkbox"/> Anal Fisura	<input type="checkbox"/> Abuso sexual	<input type="checkbox"/> Problema de identidad	
<input type="checkbox"/> Cirrosis	<input type="checkbox"/> Herpes	<input type="checkbox"/> Falta de recurso/pobreza	
<input type="checkbox"/> Esofagitis	<input type="checkbox"/> Transtornos del sueno	<input type="checkbox"/> No vivienda	
<input type="checkbox"/> Vesicula biliar	<input type="checkbox"/> Intento suicida	<input type="checkbox"/> Proceso de enfermedad	
<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Sifilis	<input type="checkbox"/> No miembros de la familia capaz de cuidar	
<input type="checkbox"/> Hernia de Hiato	<input type="checkbox"/> Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Incumplimiento de tratamiento	
<input type="checkbox"/> Ictericia	<input type="checkbox"/> Venas varicosas	<input type="checkbox"/> Problema laboral	
<input type="checkbox"/> Ulcera peptica	<input type="checkbox"/> Enfermedades transmitidas sexualmente	<input type="checkbox"/> Problema de relacion entre padre e hijo	
		<input type="checkbox"/> Abuso de pareja	
		<input type="checkbox"/> Problema de relacion social	
		<input type="checkbox"/> Problema de relacion con la pareja	
		<input type="checkbox"/> Algun otro problema de relacion	
		<input type="checkbox"/> Desempleado	
		<input type="checkbox"/> Victima de abuso	

Explicacion del problema identificado:

Otros problemas de salud:

Cirugias:

VEA EL REVERSO SOBRE EL HISTORIAL DE SALUD

HISTORIA FAMILIAR

MARQUE TODO LO QUE APLICA

