Historial de Salud



							-		
Nombre			Sexo	: Hombre : :	Mujer :				
			Fecha de	e nacimiento	/	/	(edad:)	
Dirección			Seguro de salud al que pertenece						
			Número de afiliación						
1 Enfe	rmedades hasta l	a fecha (Marcar	con un cír	culo donde con	ivenga.)				
enfermeda	ides del corazón (ang	farto de miocardio / pulso irregular /							
insuficiencia cardíaca / otros:) / hipertensión / insuficiencia renal / diabetes /					
apoplejía (infarto cerebral / hemorragia cerebral) / cáncer (detalladamente: asma / epilepsia / reúma / depresión / otros:)/		
2 Enfer	medades de fami	liares (Marcar c	on un círcu	lo donde conve	enga)				
						gular	/		
enfermedades del corazón (angina de pecho / infarto de miocardio / pulso irregular / insuficiencia cardíaca / otros:) / hipertensión / insuficiencia renal / diabetes							tes /		
apoplejía (infarto cerebral / hemorragia cerebral) / cáncer (detalladamente:									
asma / epi	lepsia / reúma / depr	esión / otros:							
3 Histo	rial de operacion	es quirúrgica	as						
Edad Tipo de operación			Edad	Tipo de operación					
4 Alerg	ias a medicamen	 tos							
			Nom	ihre del medic	ramento				
Nombre del medicamento			Nombre del medicamento						
¿Qué le ha pasado?			¿Qué le ha pasado?						
	de medicinas: mo de medicinas:oral, inhalada,	•		mando ad	ctualme	nte			
Nombre	del medicamento	dosis	Non	nbre del med	dicamento		dosis		
						:			
						- :			
						<u>:</u>			
6 ¿Tien	e algún síntoma a	ahora?							

Siete preguntas que preparar antes de ir a la primera consulta



Estas preguntas le ayudarán a que le entienda mejor el médico. Llévelas con su historial de Salud.

1 ¿Qué le pasa?
2 ¿Qué le molesta más?
3 ¿Desde cuándo tiene estos síntomas?
4 ¿Empeora cuando hace algo?
5 ¿Se mejora cuando hace algo?
6 ¿Ha ido alguna vez a otro médico por problemas parecidos?
7 ¿Desea recibir algún tratamiento en especial hoy?