

Historial Médico

Condiciones	Si	No	Comentarios
Cirugías previas de rodilla			Derecha _____ Izquierda _____
Condición de Rodilla			Derecha _____ Izquierda _____
Cirugías previas de cadera			Derecha _____ Izquierda _____
Condición de Cadera			Derecha _____ Izquierda _____
Osteoporosis			
Artritis Reumatoidea			
Fibromialgia			
Gastritis/Reflujo			
Diabetes			
Hipertensión			
Enfermedad Cardiovascular			
Asma			
Hepatitis			
Flebitis			
Infecciones			
Sangrado			
Tuberculosis			
Embolia Pulmonar			
Transfusiones previas			
Tiroides			
Problemas Neurológicos			
Depresión / Enfermedad siquiátrica			
Enfermedad renal			
Otros			

Historial Familiar

Condiciones	Si	No	Comentarios
Diabetes			
Hipertensión			
Enfermedad Cardiovascular			
Artritis			
Otros			

Historial Social

Condiciones	Si	No	Comentarios
Fuma			Frecuente _____ Social _____
Consume bebidas alcohólicas			Frecuente _____ Social _____
Consume Drogas ilícitas			
Otros			



Medicamentos

Medicamento	Dosis	Frecuencia

Farmacia de preferencia para recetas electrónicas

Nombre: _____ Pueblo: _____

Alergias

Alergia	Si	No	Comentarios
Sulfa			
Lidocaina			
Latex			
Yodo			
Morfina			
Penicilina			
Aspirina			
Crustaceos			
Productos derivados de aves			
Otros			