

# Historia Medica del Paciente Patient Medical History

Fecha: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_

Patient Name

Alérgico a medicamento \_\_\_\_\_

Drug Allergies

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Hospital/Ciudad \_\_\_\_\_ Gynecologo \_\_\_\_\_

Date of Birth

Hospital/City

OB/GYN

Problemas de embarazo \_\_\_\_\_ Tabaco si no Alcohol si no Drogas si no

Pregnancy Problems

Tobacco

Alcohol

Drugs

Peso al nacer \_\_\_\_\_ Problemas al nacer \_\_\_\_\_

Birth Weight

Birth Problems

Alimentación Pecho \_\_\_\_\_ Formula \_\_\_\_\_ Formula Tipo \_\_\_\_\_

Feeding

Breast

Formula

Formula Type

Pediatra anterior/Ciudad \_\_\_\_\_

Previous Pediatrician/City

**Problema Medico (liste todas las enfermedades y problemas médicos actuales y recientes, incluyendo la fecha de diagnóstico)**

Medical Problems: (List all major illnesses and any recent or ongoing medical problems, including date of diagnosis.)

\_\_\_\_\_

**Hospitalización y cirugías (Hospitalizations/Surgeries)**

Fecha Date	Hospital/Ciudad Hospital/City	Razón Reason

**Medicamento (liste todos los medicamentos actuales y los medicamentos sin recetas)**

Medications: (List all current prescription and over-the-counter medications.)

\_\_\_\_\_

**Historia de la familia: ¿Algún miembro de la familia (hermanos, padres, abuelos, tío, tía) lo siguiente?**

Family History: Does any family member (sibling, parent, grandparent, uncle, aunt) have the following?

	Quien (who)	
Asma/Asthma	Si	No _____
Alergias/Allergies	Si	No _____
Cáncer/Cancer	Si	No _____
Fibrosis quística/Cystic Fibrosis	Si	No _____
Diabetes	Si	No _____
Colesterol alto/High Cholesterol	Si	No _____
Enfermedad de corazón antes de/ Heart Disease Before 50	Si	No _____
Derrame cerebral antes de los 50 Stroke Before 50	Si	No _____
Los 50/High Blood Pressure	Si	No _____
Derrame cerebral antes de los 50	Si	No _____
Migraine Headaches	Si	No _____
Presión alta/High Blood Pressure	Si	No _____
Migrañas/Migraine Headaches	Si	No _____
Problema de riñones/Kidney Problems	Si	No _____
Retardación mental/Mental Retardation	Si	No _____
Epilepsia/Convulsiones/Seizures/Epilepsy	Si	No _____
Problemas de Aprendizaje/Leaning Problems	Si	No _____
Problemas siquiátrica/Psychiatric Problems	Si	No _____
Fumar/Smokes	Si	No _____
Abuso de alcohol/Alcohol Abuse	Si	No _____
Abuso de drogas ilegales/Illegal Drug Use	Si	No _____

**Historia social/Social History:**

Idioma primario: \_\_\_Ingles \_\_\_Español Otro \_\_\_\_\_

Family's primary language: English Other

Necesita interpretador \_\_\_ Si \_\_\_ No

Interpreter needed?