

**FT. WORTH NORTHSIDE COMMUNITY HEALTH CENTER, INC.**

**HISTORIA MEDICA DE PACIENTE**

Nombre: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ FDN: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Por favor de llenar la la información para ayudar en su visita.**

1. Cual es la razón de la visita de hoy? \_\_\_\_\_

**2. Farmacia Preferida:** \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

**3. Doctor Primario:** \_\_\_\_\_

4. Por favor escoja cualquier condición médica que usted tenga:

- |   |   |                  |
|---|---|------------------|
| <input type="checkbox"/> Asma                     | <input type="checkbox"/> Convulsiones                         | Cáncer de: _____ |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                 | <input type="checkbox"/> Ansiedad                             |                  |
| <input type="checkbox"/> Alta Presión Arteria     | <input type="checkbox"/> Artritis                             |                  |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades del Corazón | <input type="checkbox"/> VIH/Sida                             |                  |
| <input type="checkbox"/> Depression               | <input type="checkbox"/> Tuberculosis                         |                  |
| <input type="checkbox"/> Reflujo Acido            | <input type="checkbox"/> Vejiga/Próstata                      |                  |
| <input type="checkbox"/> Tiroides                 | <input type="checkbox"/> Estomago/Problemas con el excremento |                  |

6. Por favor escriba cualquier otra condición medica que usted tenga: \_\_\_\_\_

7. Por favor de marcar cualquier **cirugías** que halla tenido:

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Tubos en el oído | <input type="checkbox"/> Heart Bypass      | <input type="checkbox"/> Cesaria         |
| <input type="checkbox"/> Tiroides         | <input type="checkbox"/> Heart Stent       | <input type="checkbox"/> Amarre de tubos |
| <input type="checkbox"/> Cataratas        | <input type="checkbox"/> Cirugías de Sinus | <input type="checkbox"/> Histerectomía   |
| <input type="checkbox"/> Apéndice         | <input type="checkbox"/> Biopsia de Ceno   | <input type="checkbox"/> Vesícula        |
| <input type="checkbox"/> Tonsilectomia    | <input type="checkbox"/> Hernia            | <input type="checkbox"/> Espalda         |

8. Por favor escriba todos los medicamentos/vitaminas/medicinas herbales que este tomando:

**9. ESCRIBA SUS ALERGIAS:** \_\_\_\_\_

Alergia a Látex     Si     NO

