

Patient Name: _____ Date: _____

Date of Birth: _____ Age: _____ Height: _____ Weight: _____ Occupation: _____

Date of Injury or when did you first notice the problem: _____

Type of Injury/Illness: _____

Were you injured on the job? Yes No

What is your current job description/duties: _____

History of present Illness/injury (how did it happen?): _____

Have you had any previous treatment or tests for this problem? Yes No

If yes, please list what test or treatment have been performed: _____

HAVE YOU HAD OR DO YOU CURRENTLY HAVE:

High Blood Pressure	Yes	No	Cancer	Type _____	No
Elevated Cholesterol	Yes	No	Stroke	Yes	No
Diabetes	Yes	No	Emphysema/COPD	Yes	No
Asthma	Yes	No	Liver or Kidney Disease	Yes	No
Peptic Ulcers	Yes	No	Bleeding Disorder	Yes	No
Heart Disease	Yes	No	Arthritis	Yes	No
Thyroid	Yes	No	Hepatitis	Yes	No
Osteoporosis	Yes	No			

DO YOU HAVE A FAMILY HISTORY OF:

High Blood Pressure	Yes	No	Emphysema/COPD	Yes	No
Elevated Cholesterol	Yes	No	Liver or Kidney Disease	Yes	No
Diabetes	Yes	No	Bleeding Disorder	Yes	No
Asthma	Yes	No	Stroke	Yes	No
Peptic Ulcers	Yes	No	Arthritis	Yes	No
Thyroid	Yes	No	Hepatitis	Yes	No
Heart Disease	Yes	No	Cancer	Type _____	No
Osteoporosis	Yes	No			

PLEASE LIST PREVIOUS SURGERIES:

PLEASE LIST MEDICATIONS YOU PRESENTLY ARE ON (Including dosage and strength):

Are you Allergic to any Medications? Yes No

If yes, please list all allergies and type of reaction: _____

Do you Smoke? Yes No If yes, how often?: _____

Do you drink alcohol? Yes No If yes, how often?: _____

Do you take any illicit drugs? Yes No

Patient Signature: _____

Questionario de Historia Medica de Paciente

Nombre de Paciente: _____ Fecha _____
 Fecha de nacimiento _____ Edad: _____ Estatura: _____ Peso: _____ Ocupacion: _____
 Fecha que noto el prolema o que fue lesionado: _____
 Que tipo de lesion tiene o historia del prolema: _____
 Fue lesionado en el trabajo? SI O NO
 Que se son las descripciones de su Trabajo: _____

Historia del prolema que tiene en este momento: _____

Ha tenido usted tratamientos o exámenes para este prolema? SI O NO

Si ha tenido tratamientos o exámenes por favor listelos: _____

TIENE O HA TENIDO ESTOS PROLEMAS MEDICOS:

Alta Presion	SI	NO	Cancer: Tipo: _____	NO
Cholestrol Alto	SI	NO	Ateque al Corzaon	SI NO
Diabetis	SI	NO	Enfisema	SI NO
Asthma	SI	NO	Enfermedad de higado o riñón	SI NO
Ulceras	SI	NO	Trastornos Hemorragicos	SI NO
Enfermedad del Corazon	SI	NO	Artritis	SI NO
Latiroides	SI	NO	Hepatitis	SI NO
Osteoporosis	SI	NO		

TIENEN HISTORIA EN SU FAMILIA:

Alta Presion	SI	NO	Cancer: Tipo: _____	NO
Cholestrol Alto	SI	NO	Ateque al Corzaon	SI NO
Diabetis	SI	NO	Enfisema	SI NO
Asthma	SI	NO	Enfermedad de higado o riñón	SI NO
Ulceras	SI	NO	Trastornos Hemorragicos	SI NO
Enfermedad del Corazon	SI	NO	Artritis	SI NO
Latiroides	SI	NO	Hepatitis	SI NO
Osteoporosis	SI	NO		

PORFAVOR LISTE LAS CIRUGIAS QUE A TENIDO EN EL PASADO:

PORFAVOR LISTE LAS MEDICINAS QUE ESTA TOMANDO:

Es Alergico a algun tipo de medicina: SI NO

Si contesto si, porfavor cual es el nombre de la medicina? Que reaccion tuvo?

Usted fuma? SI NO SI contesto si cuanto? _____

Bebe Alcohol? SI NO SI contesto si cuanto? _____

Toma usted drogas ilegales? SI NO SI contesto si cuanto? _____

Firma del Paciente: _____