

**Family Medicine Of Weston LLC**  
**Alberto Rengifo MD**

**HISTORIA MEDICA**

**Fecha:** \_\_\_\_\_ **Nombre** \_\_\_\_\_ **Edad** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Peso:** \_\_\_\_\_ **Altura:** \_\_\_\_\_  
**Alguna Alergia:**  Si **A que:** \_\_\_\_\_  No  
**Alergias a Medicamentos**  Ninguna **Enumere los Medicamentos a los que Ud es alergico(a):** \_\_\_\_\_  
**Medicamentos actuales:**  Ninguno  
 1 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_  
 2 \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_  
**Aspirina/Motrin/Advil**  Si  No **Anticonvulsivantes**  Si  No **Esta embarazada?**  Si  No  
**Cumadin**  Si  No **Anticonceptivos**  Si  No **Planea Embarazarse?**  Si  No  
**Esteroides**  Si  No **Esta Ud lactando?**  Si  No

**Revisión de Sistemas: Problemas de Salud presentes o pasados:**

<b>Sangrados Anormales</b>	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<b>Artritis</b>	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<b>Cancer</b>	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<b>Enfermedades del Corazon</b>	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<b>Diabetes</b>	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<b>Problemas Inmunologicos</b>	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<b>Enfermedades Renales</b>	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<b>Presion Arterial Alta</b>	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<b>Colesterol/Trigl Altos</b>	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<b>Enfermedades del Hgado</b>	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<b>Tuberculosis o Sida</b>	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<b>Ansiedad o Depresion</b>	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<b>Enfermedades del Pulmon</b>	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<b>Ha recibido sangre?</b>	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<b>Cancer de Piel</b>	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<b>Enfermedades del Tiroides</b>	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<b>Enfermedades Psicologicas</b>	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<b>Convulsiones</b>	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<b>Trombosis</b>	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<b>Enfermedades de Columna</b>	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<b>Enfermedades Cerebrales</b>	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

**Tiene Usted:** Marcapasos o Defibrilador:  Si  No **Articulaciones o valvulas Cardiacas Artificiales**  Si  No

**Cirugias Previas:**

1 _____	4 _____
2 _____	5 _____
3 _____	6 _____

**Historia Familiar: Seleccione las siguientes enfermedades que hayan ocurrido en su familia:**

<u>Enfermedad</u>	<u>Madre</u>	<u>Padre</u>	<u>Hermanos</u>	<u>Ninguno</u>	<u>Enfermedad</u>	<u>Madre</u>	<u>Padre</u>	<u>Hermanos</u>	<u>Ninguno</u>
<b>Artritis</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Convulsiones</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Asma</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Enf. Columna</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Cancer</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Enf. Cerebrales</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Diabetes</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Enf. Nerviosas</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Enf. Cardiacas</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Trombosis</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<b>Colestrol/Trigl altos</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Historia Social**

**Usted vive solo?**  Si  No **Consumo Alcohol**  Si  No **Consumo Drogas**  Si  No  
**Usted Fuma**  Si  No **Frecuencia** \_\_\_\_\_ **Frecuencia** \_\_\_\_\_  
**Cantidad?** \_\_\_\_\_  
**Ocupacion?** \_\_\_\_\_ **Hobbies / Actividaes Recreacionales:** \_\_\_\_\_

**Fecha de ultima colonoscopia:** \_\_\_\_\_

**Fecha de ultima cytologia vaginal (pap smear):** \_\_\_\_\_

**Fecha de ultima mamografia:** \_\_\_\_\_

**Firma del Paciente:** \_\_\_\_\_

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