

# Marana Health Center

## Informacion Personal

Nombre: \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Domicilio: \_\_\_\_\_  
 Telefono: \_\_\_\_\_  
 Seguro Medico: \_\_\_\_\_

## Hospitalizaciones o Cirugias

Fechas: \_\_\_\_\_ Razones: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

## Medicamentos que Toma

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

## Alegias a Medicamentos

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

| Vacunas | Fecha |
|---------|-------|
|---------|-------|

- Tetano \_\_\_\_\_
- Influenza \_\_\_\_\_
- Pulmonia \_\_\_\_\_

| Exámenes | Fecha |
|----------|-------|
|----------|-------|

- Tuberculosis \_\_\_\_\_
- Colesterol \_\_\_\_\_
- Rectal \_\_\_\_\_

## Historia Medica

- |  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Alta Presion        | <input type="checkbox"/> Problemas Cardiacos   | <input type="checkbox"/> Fracturas           | <input type="checkbox"/> Enfermedades Mentals    |
| <input type="checkbox"/> Asma                | <input type="checkbox"/> Murmulla Cardiaco     | <input type="checkbox"/> Pedida de cabello   | <input type="checkbox"/> Hepatiitis              |
| <input type="checkbox"/> Sangre en la orina  | <input type="checkbox"/> Dolor de Espalda      | <input type="checkbox"/> Paralisis           | <input type="checkbox"/> Diabetes                |
| <input type="checkbox"/> Problemas de Rinoes | <input type="checkbox"/> Enfermedades Venereas | <input type="checkbox"/> Artritis            | <input type="checkbox"/> Dolores de Pecho        |
| <input type="checkbox"/> Mareos              | <input type="checkbox"/> Perdida de Apetito    | <input type="checkbox"/> Perdida de Peso     | <input type="checkbox"/> Sangre en el excremento |
| <input type="checkbox"/> Impotencia Sexual   | <input type="checkbox"/> Cancer                | <input type="checkbox"/> Epilepsia           | <input type="checkbox"/> Tiroides                |
| <input type="checkbox"/> Anemia              | <input type="checkbox"/> Nervios               | <input type="checkbox"/> Infecciones de oido | <input type="checkbox"/> Nausea o Vomito         |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones        | <input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza     | <input type="checkbox"/> Migranas            | <input type="checkbox"/> Infecciones Frecuentes  |

## Historia Medica de Familia

|                         | Padre                    | Madre                    | Hijo                     | Hija                     | Hermanos                 | Abuelos Paternos         | Abuelos Maternos         |
|-------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Alcoholismo             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Asma                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Desordenes de sangre    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cancer                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Diabetes                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Epilepsia/Convulsiones  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Perdida de Pelo         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Enfermedades de Corazon | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Alta Presion            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Enfermedades de Rinon   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Problemas Mentales      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Migranas                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## Practicas, Costumbers y Rutinas

- |                                  |                  |                 |   |                                  |
|----------------------------------|------------------|-----------------|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Alcohol | Que clase? _____ | Cantidad? _____ | <input type="checkbox"/> Dieta Especial   | Que clase? _____                 |
| <input type="checkbox"/> Tabaco  | Que clase? _____ | Cantidad? _____ | <input type="checkbox"/> Ejercicio        | Que clase? _____                 |
| <input type="checkbox"/> Cafeina | Que clase? _____ | Cantidad? _____ | <input type="checkbox"/> Rutina de dormir | Tiene dificultad o duerme mucho? |

\_\_\_\_\_  
Firma de Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha