

Luis G. Ramirez, M.D.
Cuestionario para el Paciente

Fecha: _____ Nombre del Paciente: _____ F.D.N. _____

Por favor describa brevemente la razon de su visita: _____

Cuando comenzaron los primeros sintomas: _____

Es su condicion relacionada con un accidente: Si No

Si su respuesta es si, por favor describa como, cuando y donde fue el accidente: _____

HISTORIA MEDICA

S	N	Anemia/ Tratamientos de Radiacion	S	N	Cirugia del Corazon/ Marca Paso
S	N	Protesis Artificial (Articulaciones)	S	N	Hemofilia/ Hemorragias
S	N	Valvulas Artificiales	S	N	Hepatitis
S	N	Asma/ Dificultad para Respirar	S	N	Presion Arterial Alta (Hipertension)
S	N	Transfusiones de Sangre	S	N	SIDA
S	N	Cancer/ Tratamientos de Quimoterapia	S	N	Problemas de Riñones
S	N	Defecto Congenito del Corazon	S	N	Deficiencia de la Valvula Mitral
S	N	Diabetes	S	N	Problemas Psiquiatricos
S	N	Enfisema	S	N	Fiebre Reumatica
S	N	Epilepsia/ Convulsiones/ Desmayos	S	N	Dolores de Cabeza Fuertes/ Frecuentes
S	N	Infarto/ Fecha: _____	S	N	Ulceras/ Colitis
S	N	Artritis	S	N	Enfermedad Venerea
S	N	Trombosis Cerebral/ Fecha: _____	S	N	Otras condiciones Medicas Seria

HABITOS- Todo Paciente de 14 años y / o mayores, por favor completar.

S	N	Fuma	Empezo: _____	Termino: _____	Cantidad: _____
S	N	Bebidas Alcoholicas	Empezo: _____	Termino: _____	Cantidad: _____
S	N	Abuso de Drogas	Empezo: _____	Termino: _____	Especifique Droga: _____

ALERGIAS-

Aspirina: S / N Penicilina: S / N Codeina: S / N Latex: S / N

Otros Medicamentos no mencionados: _____

CIRUGIAS/ HOSPITALIZACIONES

S / N Cirugias- Anote todas y las fechas: _____

S / N Hospitalizaciones no por cirugias- Anote todas, fechas y razones: _____

MEDICAMENTOS- Anote todas las Medicinas que esta tomando. _____

Firma del Paciente: _____