Community CARE CLINIC of Dare

Historial Médico del Paciente

(Escriba en letra de imprenta)

For CCCD Use ID#:_____
❑ One Time Only ❑ Full Certification
Entered in MS? _____
Date & Initials

Fecha de hoy:_____

Nombre:_____ 2º Nombre _____ Apellido _____

Fecha de nacimiento (mes/día/año) ___/___/_____ Edad: _____ Sexo: ❑ Masculino ❑ Femenino

Motivo por la visita hoy: _____

Historial Médico (marque la casilla si ha tenido alguno del siguiente):

Presión arterial alta	❑ sí ❑ no	Si es así, año del diagnostico _____
Colesterol alto	❑ sí ❑ no	Si es así, año del diagnostico _____
Diabetes	❑ sí ❑ no	Si es así, año del diagnostic _____
Asma	❑ sí ❑ no	Si es así, año del diagnostico _____
Enfermedad del corazón	❑ sí ❑ no	Si es así, año del diagnostico _____
Cáncer	❑ sí ❑ no	Año del diagnostico_____¿Donde?_____

Otras Condiciones Médicas:

_____
_____
_____

Alergias a Medicinas (Escriba todas las alergias):

_____
_____
_____

Historial Quirúrgico (por favor escriba las operaciones y fechas):

_____
_____
_____

Historial Social:

Fumar	❑ sí❑ no	Si contestó que sí, cuantos al día _____
Alcohol	❑ sí ❑ no	Si contestó que sí, cuantos al día _____
Drogas	❑ sí ❑ no	Si contestó que sí, qué tipo y cuanto _____

Medicinas que se toma actualmente:

Medicina	Dosis	Cuantas veces al día

De dónde recibió atención médica en el año pasado?

Nombre del doctor o institución	Dirección/Ciudad/Estado