

PACIENTE NOMBRE _____ FECHA _____
HISTORIAL MEDICO
 EXPEDIENTE _____ FECHA DE NACIMIENTO _____
 ALERGIAS _____

La información en este formulario, así como el resto de su expediente médico, es confidencial. No será revelado sin su autorización.

¿Tiene antecedentes de alguna reacción de piel u otra reacción o enfermedad después de una inyección o la administración de los siguientes?

¿Qué alimento o droga?

- Penicilina u otros antibióticos Sí No No lo se _____
- Morfina, Codeína, Demerol u otros narcóticos Sí No No lo se _____
- Aspirina u otros remedios para el dolor Sí No No lo se _____
- Yodo o Betadina Sí No No lo se _____
- ¿Es alérgica al látex (condones/guantes)? Sí No

¿Durante los últimos seis meses a tomado alguna de las siguientes drogas?

- Cortisona Sí No No lo se
- Hormona Adrenocorticotrópica Sí No No lo se
- Anticoagulantes Sí No No lo se
- Tranquilizantes Sí No No lo se
- Anti-Hipertensivos (medicamentos para alta presión) Sí No No lo se
- Aspirina Sí No No lo se
- Cigarros (fumar) Sí No
- Drogas callejeras Sí No _____
- Píldoras dietéticas Sí No _____

¿Ha sido tratado de alguno de los siguientes problemas?

- Asma Sí No No lo se
- Ataques Sí No No lo se
- Corazón Sí No No lo se
- Diabetes Sí No No lo se

Haga una lista de todas las medicinas y drogas que a tomado en las ultimas 48 horas _____

Si esta tomando alguna droga, informe al consejero para prevenir un conflicto entre medicamentos. Esta información será completamente confidencial. Si esta información no es facilitada podría causar serias complicaciones, incluyendo la muerte.

FIRMA DE LA PACIENTE	FECHA
----------------------	-------

FIRMA DEL PERSONAL
