



Forma de Historia Medica

Nombre de Paciente: _____ Fecha de Nac.: _____ Fecha: _____

Por Favor conteste las siguientes preguntas. Ponga una "X" y de una breve explicacion.

Descripcion	
S N	General
<input type="checkbox"/>	Sin Apetito _____
<input type="checkbox"/>	Perdida de peso _____
<input type="checkbox"/>	Temblores/Sudor excesivo _____
<input type="checkbox"/>	Sudores por la noche _____
<input type="checkbox"/>	Erupciones de la piel _____
<input type="checkbox"/>	Granos/llagas _____
S N	Cabeza/Cuello
<input type="checkbox"/>	Problemas Visuales _____
<input type="checkbox"/>	Dificultad al oir _____
<input type="checkbox"/>	Hemorragia por la nariz _____
<input type="checkbox"/>	Dolor en la boca/garganta _____
<input type="checkbox"/>	Hinchazon del cuello _____
<input type="checkbox"/>	Movimiento limitado _____
S N	Pulmonario
<input type="checkbox"/>	Corto de respiracion _____
<input type="checkbox"/>	durante el ejercicio _____
<input type="checkbox"/>	acostado _____
<input type="checkbox"/>	Bronchitis/Toz chronica _____
<input type="checkbox"/>	Flema/flema con sangre _____
<input type="checkbox"/>	Asthma _____
<input type="checkbox"/>	Pneumonia _____
S N	Corazon
<input type="checkbox"/>	Dolor en el pecho _____
<input type="checkbox"/>	Palpitacionces _____
<input type="checkbox"/>	Ataque de Corazon _____
<input type="checkbox"/>	Fiebre Rheumatica _____
S N	Gastrointestinal
<input type="checkbox"/>	Dificultad al tragar _____
<input type="checkbox"/>	Nausea/Vomito _____
<input type="checkbox"/>	Ulceras _____
<input type="checkbox"/>	Diarrea/estrenimiento _____
<input type="checkbox"/>	Hemmorroides/sangre _____
<input type="checkbox"/>	en el escremento _____
<input type="checkbox"/>	Escremento Negro _____
<input type="checkbox"/>	Dolor en el vientre _____

Descripcion	
S N	Urinario
<input type="checkbox"/>	Infecciones de los rinones _____
<input type="checkbox"/>	Orinar frecuentemente _____
<input type="checkbox"/>	Dolor/dificultad controlar _____
<input type="checkbox"/>	Sangre o piedras _____
<input type="checkbox"/>	Enfermedades Venereas _____
S N	Musculoskeletal
<input type="checkbox"/>	Enfermedad de musculos _____
<input type="checkbox"/>	Artritis _____
<input type="checkbox"/>	Debilidad en los musculos _____
<input type="checkbox"/>	Hinchazon de la cara o mano _____
<input type="checkbox"/>	Dolor de piernas al caminar _____
S N	Neurologico
<input type="checkbox"/>	Dolor de cabeza _____
<input type="checkbox"/>	Golpe de cabeza _____
<input type="checkbox"/>	Mareos /Desmayos _____
<input type="checkbox"/>	Convulsiones/ataques _____
<input type="checkbox"/>	Apoplejia _____
S N	Hombre
<input type="checkbox"/>	Desecho del miembro _____
<input type="checkbox"/>	Llagas en el miembro _____
<input type="checkbox"/>	Engradecimeinto/dolencias en los testiculos _____
	Mujeres
	Menstruacion: Edad que empezo _____
	Duracion _____ Intervalo _____
	Fecha de ultima regla _____
	Embarzos:
	Numero _____ A Terminio _____
	Prematuro _____ Abortos _____
	Vivos _____
<input type="checkbox"/>	Dolor/infecciones en el vientre _____
<input type="checkbox"/>	Desecho _____
<input type="checkbox"/>	Tumor en el pecho _____
<input type="checkbox"/>	Dolor/hinchazon del pecho _____
<input type="checkbox"/>	Desecho del pezon _____
<input type="checkbox"/>	Otro _____