



GENERAL DE HISTORIA MÉDICA

Nota: Usted puede completar este formulario manualmente o en su computadora. Para completar en su computadora: 1. Escriba su respuesta a cada pregunta en el formulario. 2. Guarde su formulario en su computadora o dispositivo 3. Imprima su formulario completo y llévelo a su primera cita.

Tel: (760) 291-6977

Fax: (760) 747-3123

NOMBRE DEL PACIENTE (LETRA DE MOLDE)

FECHA DE NACIMIENTO DEL PACIENTE

MOTIVO DE SU VISITA A ENT

OCUPACIÓN

SI USTED ESTA JUBILADO, VIVE EN:

Casa o con familia

Un centro de cuidado

¿Ha tenido alguna cirugía previa de oído, nariz, garganta o trauma? SÍ NO

Problemas de salud actuales (marque todas las que aplican):

Corazón

- Marcapasos
- Alta presión
- Otros problemas de Corazón
- Ninguno

Pulmones

- Asthma
- COPD/enfisema
- Otros problemas de pulmón
- Ninguno

Abdominal

- Hepatitis
- Otros problemas estomacales o intestinales
- Ninguno

Tumores

- Cancer _____
- Ninguno

Riñones

- Enfermedad de Riñones
- Ninguno

Endocrino (hormonas)

- Diabetes
- Otro
- Ninguno

Sangre

- Trastorno de coagulación
- Ninguno

Neurológico

- Convulsiones
- Accidente Cerebrovascular
- Otros problemas neurológicos
- Ninguno

Alergias

- Medicamentos
- Ambiental
- Alimentos
- Otra alergia
- Ninguno

Enfermedad infecciosa

- MRSA
- Otra _____

Fuma

- Sí
- No

/Por favor complete ambos lados



GENERAL DE HISTORIA MÉDICA

Tel: (760) 291-6977

Fax: (760) 747-3123

NOMBRE DEL PACIENTE (LETRA DE MOLDE)

FECHA DE NACIMIENTO DEL PACIENTE

Si no fue previamente visto por un Proveedor de Graybill, favor de hacer una lista de todos los medicamentos que toma y la dosis:

| Nombre del medicamento | Dosis |
|------------------------|-------|
| 1. | |
| 2. | |
| 3. | |
| 4. | |
| 5. | |
| 6. | |
| 7. | |
| 8. | |
| 9. | |

Si usted tiene alergia a un tipo de medicamentos, favor de escribir el nombre y describa las reacciones de la alergia:

*****¡GRACIAS!*****