# FORMULARIO DE ANTECEDENTES DE SALUD DE ALLIANCE MEDICAL GROUP

**NOMBRE**

**Fecha de nacimiento**

**OCUPACIÓN** \_

## ENFERMEDADES ANTERIORES (REVISIÓN DE SISTEMAS [ROS])

Sí No

 Fatiga

 Cambio en el peso

 Problemas de la vista

 Pérdida de la audición

 Pérdida del olfato

 Sangrado de encías

 Pérdida del gusto

 Dolores de garganta con frecuencia

 Disfonía

## ALERGIAS

Marque todas las alergias que haya tenido y anote las reacciones.

 Penicilina

 Sulfamidas

 Aspirina

 Codeína

 Picaduras de abeja

 Alimentos

 Dolor de pecho/palpitaciones

 Hinchazón de las piernas/los pies

Otra

 Falta de aliento

**CONSUMO DE ALCOHOL**: Sí

No

Dejé de hacerlo

 Sibilancia/tos

 Sangre en la orina

Cantidad

Frecuencia

 Dificultad para orinar

**CONSUMO DE TABACO**: Sí

No

Dejé de hacerlo

 Acidez estomacal

 Diarrea

 Sangre en las heces

 Problemas en la espalda

 Rigidez en las articulaciones

 Artritis

## CIRUGÍAS

 Apéndice

 Vesícula

 Útero

 Dilatación y curetaje

Cantidad de cigarrillos por día

 Amígdalas

 Mamas

 Trompas de Falopio

 Ovarios

 Sarpullido

 Bultos/nódulos

 Entumecimiento

 Mareos

 Depresión/ansiedad

 Diabetes

 Otra

## HOSPITALIZACIONES

Indique las fechas y el motivo de cada hospitalización FECHA MOTIVO

 Presión arterial alta

 Rinitis alérgica

 Trastorno de la sangre

 Anemia

 Agrandamiento de ganglios linfáticos

 Nivel alto de colesterol

 Otra

## MEDICAMENTOS

Enumere los medicamentos que tome, tanto recetados como de venta sin receta. Indique la dosis y la frecuencia de administración.

MEDICAMENTO DOSIS FRECUENCIA

## VACUNAS

Año

 Rubéola

 Sarampión

 Tétano

 Hepatitis B

## ANTECEDENTES FAMILIARES

Vive Edad Estado de salud o causa de la muerte

 Pneumovax

 Vacuna antigripal

 Otra

Madre Sí/no Padre Sí/no Hermano/hermana Sí/no Hermano/hermana Sí/no

Firma del paciente/tutor legal Fecha

Firma del médico Fecha