# 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