



1300 Fulton Street, Suite 203
Denton, TX 76201-2661
Tel de oficina: (940) 383-2424
Facsimil: (940) 387-5676
maprovost@dentoncrs.com

Historia Clínica

Fecha de Hoy: _____

Nombre del Paciente: _____
Primer Nombre Inicial Segundo Nombre Apellido

Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: Hombre Mujer

Médico Primario: _____ Médico que lo Refirió: _____

Síntoma Principal: _____

¿Ha tenido este problema antes? _____ ¿Cuándo? _____

Antecedentes de salud: (Indique si ha tenido alguna de las condiciones abajo mencionadas)

Ataque al corazón	<input type="checkbox"/>	Insuficiencia cardiaca	<input type="checkbox"/>
Sangrado excesivo	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>
Hipertensión	<input type="checkbox"/>	Coágulos de sangre	<input type="checkbox"/>
Cáncer de colon	<input type="checkbox"/>	Pólipos en el colon	<input type="checkbox"/>
Accidente cerebrovascular	<input type="checkbox"/>	Asma	<input type="checkbox"/>

¿Se le ha hecho una Colonoscopia antes? _____ ¿Cuándo? _____

Resultados: _____

Hospitalizaciones Previas (sin cirugía): _____

Operaciones previas (incluya las fechas): _____

¿Tuvo problemas con la anestesia? ____ Si respondió sí, explique:

¿Es alérgico a alguna medicina? ____ Si respondió sí, explique:

Medicamentos que toma en la actualidad:

Nombre	Dosis	Razón
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

¿Usa productos de tabaco? _____ Si respondió sí, ¿con qué frecuencia?: _____

¿Bebe Alcohol? _____ Si respondió sí, ¿con qué frecuencia: _____

Antecedentes familiares de salud: (por favor, indique si algún familiar ha sufrido alguna de las siguientes condiciones):

- | | | | | | |
|---------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Cáncer de colon | <input type="checkbox"/> | Pólipos en el colon | <input type="checkbox"/> | Colitis | <input type="checkbox"/> |
| Enfermedad de Crohn | <input type="checkbox"/> | Enfermedades cardiacas | <input type="checkbox"/> | Accidente cardiovascular | <input type="checkbox"/> |
| Sangrado excesivo | <input type="checkbox"/> | Diabetes | <input type="checkbox"/> | Hipertensión | <input type="checkbox"/> |
| Alto colesterol | <input type="checkbox"/> | Complicaciones por anestesia | <input type="checkbox"/> | | |

Si ha marcado alguna de las condiciones de arriba, por favor indique el parentesco con esa persona: _____

Fecha de su último examen físico: _____

Fecha de su última evaluación de la próstata (si corresponde): _____

Fecha de su último Papanicolau (si corresponde): _____

Mamografía (si corresponde): _____

Por favor, indique cualquier otro problema de salud importante:
