



## HISTORIA MÉDICA DEL PACIENTE

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_  
Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Inicial \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_ Altura \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_ Fecha de la lesión \_\_\_\_\_

Debe levantar pesos en el trabajo? \_\_\_\_\_ Es Ud. diestro o zurdo? \_\_\_\_\_

Liste las medicinas que toma actualmente: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Describas las alergias que padece: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Por favor **marque el cuadro** correspondiente a las dolencias que sufre o ha sufrido en el pasado:

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Enfermedades del Corazón       | <input type="checkbox"/> Problemas pulmonares | <input type="checkbox"/> Alta presión sanguínea   |
| <input type="checkbox"/> Problemas mentales/emocionales | <input type="checkbox"/> Desmayos             | <input type="checkbox"/> Problemas de circulación |
| <input type="checkbox"/> Problemas de oído              | <input type="checkbox"/> Derrame cerebral     | <input type="checkbox"/> Problemas de vista       |
| <input type="checkbox"/> Problemas de piel              | <input type="checkbox"/> Fracturas recientes  | <input type="checkbox"/> Cáncer                   |
| <input type="checkbox"/> Adormecimiento/cosquilleo      | <input type="checkbox"/> Marcapasos           | <input type="checkbox"/> Diabetes                 |

\_\_\_\_\_ No he sido tratado para ninguna de esas dolencias.

Por favor explique los ítems que ha marcado: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Tiene algo de metal en su cuerpo? Explique: \_\_\_\_\_

Esta embarazada? \_\_\_\_\_

**Firma**

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha