

FORMULARIO DE HISTORIAL MÉDICO DE URGENCIAS

Fecha: / /		MRN#	
Apellidos:	Nombre:	Fecha de nacimiento:	Sexo: M F
Problema por el que acude:			
¿Su problema está relacionado con una lesión? No Sí -- En caso afirmativo, ¿cuándo ocurrió la lesión?			
Sí -- ¿Cómo ocurrió la lesión?			
¿Qué estaba usted haciendo cuando se lastimó?			
¿Dónde estuvo cuando se lastimó?			

Historial médico

Personal		Familia			Personal		Familia		
S	N	S	N	Alta presión sanguínea	S	N	S	N	Problemas gastrointestinales
S	N	S	N	Diabetes	S	N	S	N	Problemas de la tiroides
S	N	S	N	Úlceras	S	N	S	N	Asma
S	N	S	N	Soplo cardíaco/trastorno de la válvula	S	N	S	N	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
S	N	S	N	Derrame cerebral	S	N	S	N	Abuso de alcohol/drogas
S	N	S	N	Infarto	S	N	S	N	Fumador/a; en caso afirmativo, cuántas cajetillas/día ____
S	N	S	N	Cáncer	S	N	S	N	Depresión
S	N	S	N	Cálculos biliares	S	N	S	N	Ansiedad
S	N	S	N	Cálculos renales	S	N	S	N	Otros:
S	N	S	N	Transfusiones de sangre	S	N	S	N	
S	N	S	N	Trastorno inmunológico	S	N	S	N	

Medicamentos:

Favor de enumerar nombres y dosajes, incluyendo medicamentos de venta libre y suplementos.				NINGUNO
Nombre del medicamento	Dosaje/frecuencia	Nombre del medicamento	Dosaje/frecuencia	

Alergias:

Favor de enumerar todas las alergias a medicamentos y otras alergias que tenga. También incluya la reacción.			
Nombre del medicamento	Reacción	Nombre del medicamento	Reacción

Revisado por: _____ Fecha _____