

**ALEJANDRO CINTAS M.D.**

Today's Date \_\_\_\_\_  
Updated Dates \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**(813) 885-3600**

**HISTORIAL MEDICO DEL PACIENTE**  
(PATIENT MEDICAL HISTORY – SPANISH)

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre Segundo Nombre (Mes/Dia/Año)

**Historial Personal denies Enfermedades:** (Marque cualquier enfermedad pasada o presenté)

- |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Lesión a la cabeza     | <input type="checkbox"/> Asma                   | <input type="checkbox"/> Enfermedad de los pulmones | <input type="checkbox"/> Anemia             | <input type="checkbox"/> Problemas de la piel         |
| <input type="checkbox"/> Migrañas               | <input type="checkbox"/> Fiebre del heno        | <input type="checkbox"/> Neumonía (pulmonía)        | <input type="checkbox"/> Diabetes           | <input type="checkbox"/> Gota/Artritis                |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia              | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Tiroides | <input type="checkbox"/> Ulceras estomacales        | <input type="checkbox"/> Abuso de alcohol   | <input type="checkbox"/> Colesterol alto              |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad mental      | <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón | <input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado      | <input type="checkbox"/> Enfermedad venérea | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática             |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de los ojos | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta  | <input type="checkbox"/> Enfermedad del riñen       | <input type="checkbox"/> Huesos fracturados | <input type="checkbox"/> Infección de oído recurrente |
| <input type="checkbox"/> Otras _____            |   |   |   |   |

**CIRUGIAS Y HOSPITALIZACIONES**

Año	Cirugía o razón por la hospitalización	Año	Cirugía o razón por la hospitalización
1. _____	_____	5. _____	_____
2. _____	_____	6. _____	_____
3. _____	_____	7. _____	_____
4. _____	_____	8. _____	_____

**ALERGIAS**

Es usted alérgico(a) algún medicamento?  Si  No Si contesto si, porque \_\_\_\_\_  
Alguna otra alergia (látex, hule, etcetera)? \_\_\_\_\_

**HISTORIAL FAMILIAR**

Hay un historial de las siguientes enfermedades en su familia? Por favor indique que pariente.

<u>ENFERMEDAD</u>	<u>QUE PARIENTE</u>	<u>ENFERMEDAD</u>	<u>QUE PARIENTE</u>
Cáncer	_____	Enfermedad del corazón	_____
Embolia	_____	Presión arterial alta	_____
Diabetes	_____	Tabaco/Abuso de Alcohol	_____
Asma/Envermedad de los pulmones	_____	Reacción a la anestesia	_____
Depresión	_____	Otra	_____

**HISTORIAL SOCIAL**

Casado/a  Viudo/a  Soltero/a  Divorciado/a Ocupación \_\_\_\_\_  
Esta usted en una relación donde se siente inseguro(a):  Si  No  
Hijos:  No  Si – Cuantos \_\_\_\_\_ Usa Cafeína?:  No  Si – Cuanto \_\_\_\_\_  
Ejercicio:  No  Si-Que tan seguido \_\_\_\_\_ (café, té, coca cola)  
Usa drogas?  No  Si-Que tan seguido \_\_\_\_\_ Uso de Alcohol:  No  Si – Cuanto \_\_\_\_\_  
(Marijuana, LSD, Heroína, Metanfetamina, etc.)  
Usa tabaco?  No  Si lo dejo; cuanto tiempo fumo? \_\_\_\_\_  Si – Cuanto \_\_\_\_\_ Año que empezó \_\_\_\_\_  
Tiene un Testamento en vida/Declaraciones Antipadas?  Si  No Tenemos una copia?  Si  No