

QUESTIONARIO DE HISTORIA MEDICA

NOMBRE: _____ FECHA: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____

FECHA DE LESION O INICIO DE PROBLEMA: _____

TIPO DE LESION/ENFERMEDAD: _____

FUE LESIONADO EN EL TRABAJO? (SI) (NO)

ESTAS TRABAJANDO ACTUALEMNTE/ (SI) (NO)

CUAL ES SU DESCRIPCION/RESPONSIBILIDADES DEL TRABAJO? _____

HISTORIA DE LA LESION/ENFERMEDAD ACTUAL _____

HAS TENIDO ALGUN TRATAMIENTO O EXAMENES ANTERIOR? (SI) (NO)

POR FAVOR INDIQUE CUAL EXAMEN O TRATAMIENTO:

TIENE PROBLEMAS MEDICOS? (SI) (NO)

POR FAVOR INDIQUE PROBLEMAS MEDICOS:

ALGUNA VEZ HA TENIDO CIRUGIA? (SI) (NO)

POR FAVOR INDIQUE QUE TIPO DE CIRUGIA Y CUANDO

ESTA TOMANDO ALGUN MEDICAMENTO? (SI) (NO)

POR FAVOR INDIQUE MEDICAMENTO Y DOSIS

ERES ALERGICO A ALGUN MEDICAMENTO? (SI) (NO)

POR FAVOR INDIQUE ALERGIA Y TIPO DE REACCION

FUMAS? (SI) (NO) CUANTO? _____

TOMAS ALCOHOL? (SI) (NO) CUANTO? _____

USA DROGAS ILICITAS? (SI) (NO)

FIRMA DE PACIENTE: _____