



Información médica del paciente

Farmacia: _____

¿Cuáles son sus tres metas principales para su primera cita?

- 1.) _____
- 2.) _____
- 3.) _____

HISTORIA CLÍNICA:

Marque la casilla al lado de cada afección que le haya diagnosticado un profesional médico.

<input type="checkbox"/>	AIDS/HIV	<input type="checkbox"/>	Environmental allergies to:	<input type="checkbox"/>	TIA
<input type="checkbox"/>	Alcoholism	<input type="checkbox"/>	Epilepsy/Seizures	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis
<input type="checkbox"/>	Anemia	<input type="checkbox"/>	Glaucoma	<input type="checkbox"/>	Depression
<input type="checkbox"/>	Osteoarthritis of:	<input type="checkbox"/>	Heart Disease	<input type="checkbox"/>	Anxiety
<input type="checkbox"/>	Asthma	<input type="checkbox"/>	Hyper cholesterol	<input type="checkbox"/>	ADHD
<input type="checkbox"/>	Birth Defects	<input type="checkbox"/>	Hypertension	<input type="checkbox"/>	Bipolar Disorder
<input type="checkbox"/>	Bleeding Disorder: (type if known):	<input type="checkbox"/>	Thyroid: Hyper or Hydro	<input type="checkbox"/>	Borderline Personality
<input type="checkbox"/>	Cancer of:	<input type="checkbox"/>	Gestational Diabetes	<input type="checkbox"/>	Schizophrenia
<input type="checkbox"/>	COPD	<input type="checkbox"/>	Kidney Disease	<input type="checkbox"/>	OTHER:
<input type="checkbox"/>	Dementia: (type if known):	<input type="checkbox"/>	Liver Disorder	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Diabetes: Type 1 or Type 2	<input type="checkbox"/>	Migraine	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Stroke	<input type="checkbox"/>	

HISTORIAL QUIRÚRGICO:

<u>Fecha</u>	<u>Tipo de operación</u>	<u>Hospital/ubicación</u>



COMMUNITY HEALTH & WELLNESS PARTNERS

Care... To Live Life Fully

Medicamentos:

Enumere **TODOS** los medicamentos, vitaminas y suplementos que esté tomando actualmente. **Traiga los medicamentos.**

Nombre del medicamento	Dosis (mg)	Cuántas toma por día

Antecedentes familiares:

Marque la casilla si un familiar ha sido diagnosticado con esa afección. En el caso de cáncer, indique el tipo.

Afección	Madre	Padre
Alcoholismo		
Demencia		
Anemia		
Asma		
Malformaciones congénitas		
Trastorno hemorrágico		
Cáncer:		
Diabetes		
Cardiopatía		
Colesterol alto		
Accidente cerebrovascular		
Infarto de miocardio		
Migraña		
Epilepsia		
Glaucoma		
Problemas de tiroides		
Suicidio		
Tuberculosis		