



Historia Médica

SUS RESPUESTAS NOS AYUDARAN A LOGRAR UN MEJOR DIAGNOSTICO, Y CUIDAR MEJOR SU VIDA.
POR FAVOR RESPONDA TODO CON LA VERDAD, RECUERDE QUE ESTO LO CONSIDERAMOS ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL.

Srita.
Sra. _____
Sr. _____ (POR FAVOR, TODO CON LETRA DE MOLDE).
Nombre Apellido paterno Apellido materno

DOMICILIO: _____
calle No. entre que calles colonia

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CODIGO POSTAL: _____

TEL. DE SU CASA: _____ CELULAR _____

EDAD: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ E-MAIL: _____ SEXO: M F

IGLESIA: _____ DISTRITO: _____ PASTOR: _____

ESTADO CIVIL: _____ NOMBRE DE SU CONYUGE: _____ N°. IMSS ó ISSSTE: _____

EN CASO DE EMERGENCIA INDIQUENOS A QUIEN PODEMOS LLAMAR

NOMBRE: _____ PARENTESCO: _____
nombre apellido paterno apellido materno

DOMICILIO: _____
calle No. entre que calles colonia c.p.

TEL. DE SU CASA _____ DE SU TRABAJO _____ EXT. _____ CELULAR _____

1.-	¿ Se encuentra usted en buen estado de salud ?	SI	NO
2.-	¿ Tiene dolor ?	SI	NO
3.-	¿ Ha tenido alguna hospitalización en los últimos años ?	SI	NO
4.-	¿ Ha estado tomando algún medicamento en estos días ?	SI	NO
5.-	¿ Está bajo algún tratamiento médico especial ?	SI	NO
6.-	¿ Ha tenido alguna vez sangrado que haya necesitado tratamiento especial ?	SI	NO
7.-	¿ Se le hinchan los tobillos frecuentemente ?	SI	NO
8.-	¿ Tiene alergia a medicamentos, al ambiente, alimentos, telas, etc.?	SI	NO
9.-	¿ Se levanta a media noche por falta de aire ?	SI	NO
10.-	¿ Sus heridas cicatrizan con dificultad ?	SI	NO
11.-	¿ Le ha dicho su médico que tiene algún tumor o cáncer ?	SI	NO
12.-	¿ Transfusión de sangre ?	SI	NO
13.-	¿ Problemas o cirugías del corazón ?	SI	NO
14.-	¿ Alta presión o Baja presión ?	SI	NO
15.-	¿ Problemas de riñones ?	SI	NO
16.-	¿ Ulcera gástrica o gastritis ?	SI	NO
17.-	¿ Tuberculosis ?	SI	NO
18.-	¿ Asma ?	SI	NO
19.-	¿ Sinusitis ?	SI	NO
20.-	¿ Diabetes ?	SI	NO
21.-	¿ Problemas de tiroides ?	SI	NO
22.-	¿ HIV positivo o SIDA ?	SI	NO
23.-	¿ Hepatitis A o B ?	SI	NO
24.-	¿ Drogadicción ? ¿ Tabaquismo? ¿ Café? ¿ Refrescos de Cola? ¿Cuál?	SI	NO
25.-	¿ Tiene o ha tenido enfermedades venéreas (sífilis, gonorrea, herpes)	SI	NO
26.-	¿ Desmayos o mareos frecuentes ?	SI	NO
27.-	¿ Epilepsia o convulsiones ?	SI	NO
28.-	¿ Tiene gripe o tos actualmente ?	SI	NO
29.-	MUJERES: ¿ Está embarazada ? ¿ Usa anticonceptivos ?	SI	NO
	¿ Está amamantando ? ¿ Sospecha de algún embarazo ?	SI	NO
30.-	¿ Tiene algún problema de salud que no haya sido mencionado aquí?	SI	NO

A MI ENTENDIMIENTO, TODAS LAS RESPUESTAS ANTERIORES SON VERDADERAS, CORRECTAS Y ME RESPONSABILIZO DE CADA UNA DE ELLAS.

FIRMA: _____
(Paciente o Tutor si el paciente es menor)

PERMISO MEDICO

Datos de la iglesia

Distrito		Iglesia	
Nombre del director		Teléfono	

Datos personales

Nombre	
Fecha de nacimiento	
Número de seguro social	
Edad	
Tipo de sangre	

En caso de emergencia o accidente, la iglesia está autorizada a proceder como se indica:

Nombre a contactar	
Teléfono de casa	
Celular	
Nombre del medico	
Celular del medico	
Prestar primeros auxilios	SI: _____ NO: _____
Llevar al menor al hospital más cercano	SI: _____ NO: _____

Alergias (medicamentos, comidas u otros) _____

Medicamentos especiales, dosis y horarios _____

Información de contactos

Nombre del padre:		Celular	
Nombre de la madre:		Celular	
Nombre del tutor (en caso de ser diferente a los padres)		Celular	
Nombre del médico:		Celular	
Prestar primeros auxilios:		SI	NO

Llevarlo o entregarlo únicamente con la persona anotada:

Nombre:	
Parentesco:	
Celular:	

Firmas

Pastor o anciano	Director JA	Madre, padre o tutor