

The Centers for Kidney Care

Historial Medico del Paciente

Nombre del Paciente _____ Fecha de nacimiento _____

Nombre del Doctor que mando el paciente _____

La queja principal que le trae aquí _____

LISTA DE SU MEDICACION

Medicaciones corrientes, dosis y frecuencia. Incluya medicaciones que no requieran receta.	Traiga todas las medicaciones con usted a su cita.
1	6
2	7
3	8
4	9
5	10

ALERGIAS

Por favor ponga cualquier alergia a cualquier medicación, comida, radiografía, tinta, etcetera.

ENFERMEDADES

Por favor note si tiene o tenía alguno de lo siguiente:

	Comienzo		Comienzo		Comienzo
<input type="checkbox"/> Diabetes de azúcar	_____	<input type="checkbox"/> La asma	_____	<input type="checkbox"/> Problemas postrados	_____
<input type="checkbox"/> Cálculos renales	_____	<input type="checkbox"/> La hepatitis	_____	<input type="checkbox"/> Infecciones de la vejiga de riñon	_____
<input type="checkbox"/> La hipertensión	_____	<input type="checkbox"/> Problemas de la vejiga	_____	<input type="checkbox"/> Otra enfermedad principal	_____
<input type="checkbox"/> La tuberculosis	_____	<input type="checkbox"/> La enfermedad cardiaca	_____		

CIRUGÍAS

Cirugías anteriores y fecha.

Historia de la familia	Vivo		Difunto	
	Edad	El estado de salud	Edad	La causa de muerte
Papá				
Mamá				
Hermano/Hermana				
Hermano/Hermana				
Hermano/Hermana				
Hermano/Hermana				
Esposo/Esposa				
Hijo/Hija				
Hijo/Hija				
Hijo/Hija				
Hijo/Hija				
Hijo/Hija				