

## HISTORIA DE SALUD

Nombre de paciente:	Fecha de nacimiento:	Nombre de la persona que lleno el cuestionario y relacion del paciente:	
Su hijo tiene problemas medicos (asma, diabetes) ?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	
Escriba el diagnosis:			
El/Ella esta tomando medicamentos de receta o de la tienda?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	
Escriba el medicamentos:			
El/Ella tiene alergias a medicina, pollens, o comidas? Describa la reacion:	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	
El/Ella tiene un historia de: <input type="checkbox"/> alta pression <input type="checkbox"/> alto colesterol <input type="checkbox"/> soplo de corazon <input type="checkbox"/> infeccion del corazon	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	
Su hijo ha tenido un electrocardiograma o ultrasonido del corazon?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	
El/Ella se ha quedado en el hospital o ha tenido cirujia?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	
El/Ella sufrio un problema/trauma de hueso, musculo, o ligamento?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	
El/Ella ha tenido un diagnosis de asma?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	
Ha tenido un historial de infeccion de la virus herpes o un absceso de piel? Cuando?/Donde?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	
El/Ella nacio sin rinon o perdida del vaso?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	
El/Ella ha tenido un historia de convulsion?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	
El/Ella se ha golpeado la cabeza muy serio en el pasado?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	
<b>HISTORIA DE FAMILIA</b>			
Alguien en la familia se ha muerto de un enfermedad del corazon or por no razon, menor de 50 anos?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	
Tiene a un historia en familia de alta presion, alto colesterol, o diabetes en personas menores de 50 anos?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	
Alguien en la familia tiene asma? Quien?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	
Tiene problemas medicos hereditarios familiares?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	
<b>PACIENTE</b>			
Tu corazon pierde pulso despues de hacer ejercicio?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	
Has tenido dolor o presi on de pecho que limite tu actividad?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	
Se ha desmayado o querido desmayar DURANTE o DESPUES de ejercicio?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	
Tienes tos o respiracion ruidosa despues de actividad?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	
Has usado un inhalador o tomado medicamento por asma?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	
Usas lentes o contactos?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	
Te has golpeado en la cabeza muy fuerte?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	
Tienes ronchas o quieres hablar de to acne?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	
Crees que necitas PERDER o SUBIR de peso?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	
<b>MUJERES SOLAMENTE</b>			
Has tenido una regla/menstruacion?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	
Que edad tenias en tu primera regla?			
Cuantas reglas has tenido e n los ultimos 12 mesas?			
Cuando fue la ultima regla?			