FORMA DE HISTORIAL MEDICO
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES DE CAROLINA DEL NORTE

Nombre: _____
Dirección: _____
Tel. _____ Fecha de Nacimiento: _____

HISTORIAL DE SALUD

	Historia pasada o presente de:	Si	No
1	Lastimaduras en la cabeza o espalda		
2	Desordenes neurológicos, convulsiones, etc.		
3	Enfermedades del corazón, alta presión o fiebre reumática		
4	Problemas en los pulmones, asma, tuberculosis		
5	Problemas estomacales, gastrointestinales, o vesícula biliar		
6	Alergias a alimentos, medicamentos, plantas, etc.		
7	Desordenes sanguíneos, anemia, leucemia, etc.		
8	Problemas renales		
9	Enfermedades venéreas		
10	Diabetes o desordenes glandulares		
11	Cirugías		
12	Discapacidades físicas		
13	Desordenes Psicológicos, diagnósticos de salud mental, abuso de sustancias		
14	Otras enfermedades o desordenes		

Si alguna de las preguntas fue contestada afirmativamente, explique:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

¿Cómo considera su estado de salud? **Excelente** □ **Bueno** □ **Aceptable** □ **Pobre** □

De acuerdo a mi mejor saber la información de arriba es correcta.

_____ _____
Firma **Fecha**