

Jonathan Clavell, MD
Forma Medica Historial del Paciente

Nombre del Paciente: _____ Fecha _____

Sexo: Hombre ___ Mujer ___ Edad: _____ Estado Matrimonial _____

Como Supo del Dr.Clavell? _____

Doctor Primario: _____ **Ocupación/Trabajo:** _____

Esta trabajando _____ Retirado _____ Desabilitado _____

Estatura _____ Peso _____

Usted: Fuma No ___ Si ___ por cuanto tiempo? _____ Numero de pacas al dia ? _____

Usted: Toma alcohol? No ___ Si ___ Por cuanto tiempo? _____

Enfermedades o condiciones por la cual recibe medicamento/tratamiento(incluya

diagnostico): _____

—

Cirugias Previas incluya mes/año: _____

Otras Hospitalisaciones incluya Mes /Año: _____

Liste Medicinas que esta tomando (incluya dosis): _____



Liste Alergias a Medicinas: _____

Historiar Medico de Familia: _____

Nombre: _____ Fecha _____

****Hombres Solamente****

Disfuncion erectil (DE) No ___ Si ___

Liqueo Urinario No ___ Si ___

Cuantas veces se levanta a orinar durante la noche _____

****Mujeres solamente****

Liquea Orina: No ___ Si ___ Frecuencia Orinaria: No ___ Si ___

Está Embarazada? No ___ Si ___ Número de Embarazos ___ Número de hijos _____

Porfavor ponga una marca si usted a tenido o tiene estos problemas:

- | | | | |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Gastritis | <input type="checkbox"/> Roncha | <input type="checkbox"/> Piedras en los Riñones |
| <input type="checkbox"/> Anesthesia | <input type="checkbox"/> Diverticulitis | <input type="checkbox"/> Pierna/ Pie | <input type="checkbox"/> Fiebre Rheumática |
| <input type="checkbox"/> Emphysema | <input type="checkbox"/> Leukemia | <input type="checkbox"/> Culebrilla/Shingles | <input type="checkbox"/> Ataques del Corazón |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Parálisis | <input type="checkbox"/> Desórdenes de los ojos |
| <input type="checkbox"/> Tiroides | <input type="checkbox"/> Gota | <input type="checkbox"/> Enfemedad Mental | <input type="checkbox"/> Problemas de la espalda |
| <input type="checkbox"/> Piel | <input type="checkbox"/> Nervios | <input type="checkbox"/> Úlceras | <input type="checkbox"/> Infecciones en la vejiga |
| <input type="checkbox"/> HIV/SIDA | <input type="checkbox"/> Osteomelitis | <input type="checkbox"/> Derrame Cerebral | <input type="checkbox"/> Sangre en la Orina |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Alta Presión | <input type="checkbox"/> Próstata | <input type="checkbox"/> Enfermedades Venérea |
| <input type="checkbox"/> Phlebitis | <input type="checkbox"/> Coágulo en vena | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Desordenes de la sangre |
| <input type="checkbox"/> Bronchitis | <input type="checkbox"/> Polio | <input type="checkbox"/> Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Soplo del corazón |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Disordenes del Circulacion pobre | <input type="checkbox"/> Desordenes de Sangrado | |
| <input type="checkbox"/> Célula de Hoz/Anemia falciforme | <input type="checkbox"/> Enfermedad del Riñón | | |

Otras Condiciones: _____

Esta información esta correcta.

Firma del paciente

Fecha