

## Historia clínica

De la manera más atenta, le solicitamos su ayuda para llenar el siguiente formato de historia clínica. Le pedimos traer este formato lleno el día de su consulta médica. Su historia clínica completa le va a permitir a su doctor brindarle una atención con la mejor calidad médica posible.

### Datos de identificación

1. Nombre completo de paciente \_\_\_\_\_

2. Género  Mujer  Hombre

3. Fecha de nacimiento (día/mes/año) \_\_\_\_\_

4. Lugar de nacimiento \_\_\_\_\_

5. Lugar de residencia \_\_\_\_\_

### Motivo de consulta

6. ¿Porque motivo agendó esta consulta?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Antecedentes Personales No Patológicos

7. Usted fuma actualmente  Si  No

8. Fumó anteriormente  Si  No

9. ¿Cuantos años de su vida ha fumado? \_\_\_\_\_

10. Usted toma bebidas con alcohol regularmente  Si  No

11. ¿Cuantos años de su vida ha tomado bebidas con alcohol? \_\_\_\_\_

### Antecedentes Personales Patológicos

12. ¿Presenta usted algún problema médico?  Si  No

13. ¿Cuál es su antecedente médico? ¿Ha estado hospitalizada?

---

---

---

---

14. ¿Ha padecido usted de cáncer?  Si  No

15. ¿Qué tipo de cáncer ha padecido?

---

---

---

---

16. ¿Alguna vez la han operado?  Si  No

17. ¿Qué cirugías ha tenido?

---

---

---

---

### Medicamentos

18. ¿Toma usted medicamentos?  Si  No

19. ¿Cuáles medicamentos toma regularmente?

---

---

---

---

---

**Alergias**

20. ¿Es usted alérgica a algún medicamento?     Si     No

21. ¿A cuales medicamentos es usted alérgica?

---

---

---

---

**Antecedentes Heredofamiliares**

22. En su familia cercana (Padres, hermanos, hijos) ¿Hay antecedentes de cáncer?

Si     No

23. ¿Qué tipo de cáncer han tenido sus familiares cercanos?

---

---

---

---

**Datos adicionales**

24. ¿Desea usted agregar alguna otra información relacionada a su historia clínica?

---

---

---

---

---

---

Gracias por su tiempo, esperamos verla pronto