



Tri-City Podiatry Group

Dr. James Han

2119 El Camino Real, Oceanside, CA 92054 · Phone: (760) 757-3070 · Fax: (760) 757-7139

Fecha: _____

HISTORIA MÉDICA DEL PACIENTE

Nombre del
paciente: _____

Fecha de
Nacimiento: _____

Razón de
la visita: _____

Medicamentos- Por favor liste o adjunte una lista de todos los medicamentos que está tomando ahora, Dosis y frecuencia:

Alergias: ¿Es usted alérgico o ha tenido alguna reacción de: *(POR FAVOR ENCIERRE TODO LO QUE APLIQUE)*

Aspirin Adhesive Tape Codeine Iodine Morphine Novocain Penicillin Sulfa Drugs Tetanus

Liste cualquier alergia a medicamentos y/o comidas

Historial médico: *(POR FAVOR ENCIERRE TODO LO QUE APLIQUE)*

Anemia Arthritis Asma (Asthma) Cáncer COPD Varicela (Chickenpox) Diabetes Emphysema
Gota Oágulos de sangre (Blood Clots) Varicela (Heart Disease) Heart Attack/ Derrame cerebral Neumonía

Alta presión arterial Enfermedad del riñón Enfermedad del hígado(Liver) Sarampión (measles) Mumps
(high blood pressure) (Kidney disease Disease)

Historia quirúrgica: *(POR FAVOR, LISTE LOS PROCEDIMIENTOS Y LAS FECHAS)*

Social History: *(POR FAVOR ENCIERRE TODO LO QUE APLIQUE)*

Tabaco: No Sí pero deja de Sí, Cajetillas por día _____

Alcohol: No Sí pero deja de Sí, Debidas por día _____

Drogas: No Sí pero deja de Sí, Tipo? _____

¿Estas embarazada? No Sí