



Dr. Jorge Fuentes

www.drjorgefuentes.com

Historia Clínica del Paciente

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ Ocupación: _____

Si es menor, nombre de los padres: _____

Dirección: _____ Colonia: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

E-mail: _____ Recomendado por: _____

Teléfono casa: _____ Teléfono oficina: _____

Teléfono celular: _____ Beeper: _____ PIN: _____

Dirección de trabajo: _____

¿Es Ud. alérgico a algo de la siguiente lista? (encierra en un círculo Sí o No)

S N Aspirina	S N Codeína	S N Eritromicina	S N Latex	S N Sedantes	S N Tetraciclinas
S N Barbitúricos	S N Anestesia Dental	S N Joyas / Metales	S N Penicilina	S N Sulfas	S N Otros

Por favor escriba alguna causa adicional de alergia: _____

¿Padece o ha padecido alguna de las siguientes? (encierra en un círculo Sí o No)

S N Sangrado Anormal	S N Colitis	S N Fiebre del Heno	S N Enfermedad del Hígado	S N Cálculos
S N Abuso de Alcohol	S N Padecimiento Cardíaco	S N Migrañas	S N Baja Presión Arterial	S N Transtornos de la Hemoglobina
S N Anemia	S N Diabetes	S N Infarto Cardíaco	S N Lupus	S N Sinusitis
S N Artritis	S N Problemas Respiratorios	S N Solpjo Cardíaco	S N Prolapso de Válvula Mitral	S N Terapia con Esteroides
S N Articulaciones Artificiales	S N Abuso de Drogas	S N Cirugía de Corazón	S N Marcapasos	S N Embolia
S N Válvulas Artificiales	S N Enfisema Pulmonar	S N Hemofilia	S N Tos Persistente	S N Problemas de Tiroides
S N Asma	S N Epilepsia	S N Hepatitis	S N Problemas Psiquiátricos	S N Rinitis
S N Transfusión Sanguínea	S N ¿Hospitalizado?	S N Herpes	S N Radioterapia	S N Tuberculosis (TB)
S N Cáncer	S N Desvanecimientos	S N Hipertensión	S N Fiebre Reumática	S N Úlcera Estomacal
S N Quimioterapia	S N Aftas	S N VIH / SIDA	S N Escarlatina	S N Enfermedad Venérea
S N Varicela	S N Glaucoma	S N Problemas Renales	S N Desmayos	

Por favor enumere padecimientos médicos importantes: _____

¿Actualmente toma algún medicamento? S N ¿Cuál o cuáles? _____

Procedimientos quirúrgicos en los últimos 5 años: _____

En caso de embarazo, ¿qué mes?: _____ Número de hijos: _____

Médico de cabecera: _____ Teléfono: _____

Firmado en México, D.F.: _____ Fecha: _____

(firma)