

# Medical History

Date: \_\_\_\_\_

It is important to review and up date this form frequently so that in case of an emergency, the medical authorities will have the correct information. Please refer to the **Medical History: Guidelines** which will assist you. Spanish/English translations have also been provided.

## Adviso Importante:

<b>A1. Soy alérgico a los siguientes medicamentos:</b>		
<b>A2. Llevo lentes o lentes de contacto</b>	SI	No
<b>A3. Uso audífonos</b>	Si	No
<b>A4. Tipo de Sangre</b>		

## B. Información personal

<b>B1. Nombre:</b> Apellido			
Premier nombre			
Estado civil		Fecha de nacimiento	
Altura		Peso	
Color de sus ojos		Color del pelo	

<b>B2. Dirección local:</b>	Calle o edificio		
	Ciudad (Ecuador)		
Primer teléfono			
Correo electrónico			

<b>B3. Permiso de Residencia en Ecuador:</b>	
Tipo de residencia / visa	
Número de cedula o pasaporte(s)	
Soy un ciudadano de estos países	

<b>B4. Seguro de salud:</b>	
Número de cuenta:	
<b>Hospital de preferencia</b>	

<b>B5. En caso de emergencia:</b>	Nombre 1:
	Relación 1:
	Teléfono 1:

## C. Médica

<b>C1. Tipo de Medico</b>	<b>Nombre</b>	<b>Teléfono o Correo electrónico</b>

## C2. Indique (X) todas las afecciones médicas por las que está siendo tratado o por las que ha sido tratado en el pasado.

Alergias	Trastornos oculares / Glaucoma	Problemas neurológicos	
Anemia/Los Trastornos Sanguíneos	OJOS: user lentes o contactos	Enfermedades del corazón/murmulla/angina	
Asma	Problemas de oído	Atención psiquiátrica	
Presión sanguínea (alta)	Dolar de Cabeza / Migrana	Falta de aliento	
Presión sanguínea (bajo)	Acidez / Reflujo	Problemas de sinusitis	
Cáncer	Problemas de movilidad	Infarto cerebral	
Colitis	Hepatitis A B or C (especificar)	Tobillos hinchados	
Dentaduras	Colesterol alto	Problemas tiroideos	
Depresión / Ansiedad	Problemas de riñón / vejiga	VIH/AIDS	
Diabetes	Problemas de hígado	Tuberculosis	
	Problemas pulmonares		

**C3. Describa cualquier condición o tratamiento médico importante actual o pasado que no se haya mencionado anteriormente:**


**C4. Haga una lista de sus cirugías mayores pasadas:**

Cirugía	Donde? (Hospital / País)	Fecha de cirugía

**C5. Enumere todos los medicamentos recetados y suplementos:**


**C6. Listar todas las alergias (medicamentos, ambientales, otros):**

Alergia:	Llevas medicación /Epipen contigo? Especificar la dosis

C7. ¿Usted actualmente?:	En caso afirmativo:		Si no, en el pasado:
	Si	No	¿Cuándo dejaste?
Fumar			¿Número de cigarrillos por día?
Alcohol, vino, cerveza, etc.			¿Número de bebidas por semana?
Café / Té			¿Número de tazas por día?

**C8. Historia familiar**

	Vive		Edad (o edad de muerte)	Enumere las enfermedades graves y si corresponde causa de muerte.
	Si	No		
Madre				
Padre				
Hermano/a	M	F		
Hermano/a	M	F		
Hermano/a	M	F		
Hermano/a	M	F		
Hermano/a	M	F		
Hermano/a	M	F		

**NOTAS:**