

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:

A1. Soy alérgico a los siguientes medicamentos:		
A2. Llevo lentes o lentes de contacto	Si	No
A3. Uso audífonos	Si	No

B. Información personal

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

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

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

B4. Seguro de salud:	
Número de cuenta:	
Hospital de preferencia	

B5. En caso de emergencia:	Nombre 1:	
	Relación 1:	
	Teléfono 1:	

C. Médica

C1. Tipo de Medico	Nombre	Teléfono o Correo electrónico

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	
	Problemas de oído		
Asma	Dolar de Cabeza / Migraña	Atención psiquiátrica	
Presión sanguínea (alta)	Acidez / Reflujo	Falta de aliento	
Presión sanguínea (bajo)	Problemas de movilidad	Problemas de sinusitis	
Cáncer	Hepatitis A B or C (especificar)	Infarto cerebral	
Colitis	Colesterol alto	Tobillos hinchados	
Dentaduras	Problemas de riñón / vejiga	Problemas tiroideos	
Depresión / Ansiedad	Problemas de hígado	VIH/AIDS	
Diabetes	Problemas pulmonares	Tuberculosis	

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: