

**COASTAL BEHAVIORAL HEALTHCARE, INC.  
FORMULARIO DE HISTORIAL MÉDICO**

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

Nombre completo: \_\_\_\_\_ Fecha del examen: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Alergias: \_\_\_\_\_  
Médico de atención primaria: \_\_\_\_\_ Fecha de última visita del Médico: \_\_\_\_\_

Por favor tenga en cuenta que recomendamos a nuestros clientes chequeos médicos anuales de rutina con su doctor personal. Proveernos con una copia sobre su condición médica actual puede ser útil para servir a usted de manera más eficaz.

**INFORMACIÓN DE SALUD (Escriba X a los aplicables)**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Anemia                 | <input type="checkbox"/> Hipertension/Presión Alta                     |
| <input type="checkbox"/> Asma                   | <input type="checkbox"/> Problemas Menstruales                         |
| <input type="checkbox"/> Bronchitis             | <input type="checkbox"/> Pérdida de peso inexplicable                  |
| <input type="checkbox"/> Cáncer/Tumores         | <input type="checkbox"/> Convulsiones/Epilepsia                        |
| <input type="checkbox"/> Cirrosis               | <input type="checkbox"/> Trastorno del sueño                           |
| <input type="checkbox"/> Diabetes               | <input type="checkbox"/> ITS (Infecciones de transmisión sexual)       |
| <input type="checkbox"/> Enfisema               | <input type="checkbox"/> Ataque cerebrovascular/Derrame cerebral (ACV) |
| <input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza      | <input type="checkbox"/> Transfusiones (Historia de)                   |
| <input type="checkbox"/> Pérdida auditiva       | <input type="checkbox"/> Tuberculosis                                  |
| <input type="checkbox"/> Ataque cardiac/Infarto | <input type="checkbox"/> Pérdida de vision/Cambios                     |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis              | <input type="checkbox"/> Otras: _____                                  |

**ANTECEDENTE MÉDICO SIGNIFICATIVO:**

Hospitalizaciones: \_\_\_\_\_

Cirugías: \_\_\_\_\_

**MEDICACIÓN ACTUAL:** Escriba un listado de los medicamentos que usted actualmente está tomando (Continúe en el reverso del formulario si necesita más espacio)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del cliente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Staff Reviewer Signature

ID #: \_\_\_\_\_