



Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**HISTORIAL SOCIAL:**

¿Fuma?  Si  No    ¿Cuántos al día? \_\_\_\_\_    ¿Por cuántos años? \_\_\_\_\_  
 ¿Toma bebidas alcohólicas?  Si  No    ¿Cuánto \_\_\_\_\_    ¿Qué tan seguido? \_\_\_\_\_    ¿Por cuántos años? \_\_\_\_\_  
 ¿Usa drogas recreativas?  Si  No    Nombre(s) de la(s) droga(s) \_\_\_\_\_

**HISTORIAL DE MEDICAMENTOS**

¿Alguna vez ha tomado medicamento de alfa-bloqueo como: Flomax (Tamsulosin), Hytrin (terazosin), Cardura (doxazosin), Uroxatral (alfuzosin)?  Si  No  
 ¿Alguna vez ha tenido problema con tranquilizantes, narcóticos o anestésicos?  Si  No  
 Si la respuesta es si, ¿Cuál fue el problema? \_\_\_\_\_

¿Alguna vez alguien de su familia ha tenido problemas con tranquilizantes o narcóticos?  Si  No  
 ¿Recientemente ha tomado Acutane, Cordarone o medicamento para migrañas?  Si  No

**MEDICAMENTOS**    Haga una lista de todos los medicamentos que está tomando actualmente, incluyendo medicamentos o remedios sin receta

NOMBRE DE LA DROGA	POTENCIA	CUANTAS VECES	NOMBRE DE LA DROGA	POTENCIA	CUANTAS VECES

**ALLERGIAS**    HAGA UNA LISTA DE TODOS LOS MEDICAMENTOS, COMIDAS Y JABONES A LOS CUALES ESTÁ ALÉRGICO. SI NO TIENE ALERGIAS ESCRIBA "NINGUNA".

¿Es sensible al iodo/cinta adhesiva/látex?  Si  No  
 Si ha tenido reacción alérgica, tuvo  
 ¿Erupción o ronchas?  Si  No  
 ¿Respiración sibilante?  Si  No  
 ¿Fiebre de Heno o moqueo?  Si  No

FIRMA DEL EMPLEADO	FECHA	FIRMA DEL DOCTOR	FECHA