



Mike S. Shin, M.D.
 Ear, Nose, and Throat
 Facial Plastic and Cosmetic Surgery

HISTORIAL MÉDICO DEL PACIENTE

Nombre del paciente _____ DOB _____

Alergias a los medicamentos _____

Farmacia _____ Teléfono _____

Farmacia direccion de la calle _____ Ciudad _____

¿Qué medicamentos está tomando que están prescritos o contador? _____

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Expediente de inmunización ¿Hasta la fecha?..... Sí.....No Copia de inmunizaciones en archivo?.....Si.....No

Realiza Tener metal en el cuerpo Tener marcapasos Problemas con la anestesia
 Humo Beba bebidas alcohólicas

Enumere las cirugías principales con Fechas:

Fecha de la cirugía	Cirugía
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

¿Está embarazada o cree que está embarazada? Sí No

¿Estás amamantando? Sí No

¿Qué otros tipos de médicos o proveedores de atención médica ha visto para este condición?

Preferencia de las pruebas de diagnóstico facility _____

Paciente Reciente Enfermedades (circunde por favor)

Crecimiento en la nariz	Fiebre o escalofríos	Depresión
Obstrucción de la nariz	Erupción cutánea	Ronquidos
Sangrado nasal	Jaquecas	Esputo sangriento
Drenaje de la nariz	Mareos	Dolor torácico
Zumbido en las orejas	Dolor facial	Hinchazón del tobillo
Dolor de oído	Ronquera	Pérdida de peso de 10LBS o más
Drenaje del oído	Acidez	Desmayos o convulsiones
Pérdida de audición	Dolor de garganta	Náuseas o vómitos
Ojos dolorosos	Boca dolorida	Dificultad para tragar
Ojos riego	Crecimiento en la boca	Dificultad para respirar
Picazón en los ojos	Protuberancia en el cuello	Tos o sibilancias
Estornudo	Dolor de cuello	Problemas para ver

Historia médica del paciente (circunde por favor)

Cáncer	Pólipos nasales	Hepatitis o SIDA
Hipertensión	Angina	Pérdida auditiva
Enfermedad tiroidea	Consumo de alcohol	Consumo de tabaco
Golpe	Tuberculosis	Asma/enfisema
Colesterol alto	Alergias	Alergia al látex
Ataque cardíaco	Úlceras/reflujo	Diabetes
Endocarditis	Anemia	Trastorno hemorrágico
Sinusitis	Sangre Transfusión	

Historia médica familiar inmediata (por favor circule y escriba junto a la enfermedad al miembro de la familia)

Cáncer	Pólipos nasales	Hepatitis o SIDA
Hipertensión	Angina	Pérdida auditiva
Enfermedad tiroidea	Consumo de alcohol	Consumo de tabaco
Golpe	Tuberculosis	Asma/enfisema
Colesterol alto	Alergias	Alergia al látex
Ataque cardíaco	Úlceras/reflujo	Diabetes
Endocarditis	Anemia	Trastorno hemorrágico
Sinusitis	Sangre Transfusión	