



Historia Física

Fecha: _____

Nombre: _____ Apellido: _____

Síntomas principales (razón por la que se está viendo hoy en día)

Historia de la enfermedad actual (cuando comenzó su problema)

Medicamento(s) (Por favor escriba todos los medicamentos que toma actualmente)	
Nombre del Medicamento: _____	Indicaciones del Medicamento: _____

Es alérgico a algún medicamento?

Historia de la Medicina (Por favor marque lo que corresponda)		
<input type="checkbox"/> Dolor de cabeza / migraña	<input type="checkbox"/> Infarto de Miocardio	<input type="checkbox"/> Enfermedad genitourinaria
<input type="checkbox"/> Dolor de cabeza, tensión	<input type="checkbox"/> Soplo del corazón	<input type="checkbox"/> Enfermedad venérea
<input type="checkbox"/> Epilepsia / Convulsiones	<input type="checkbox"/> La hipertensión	<input type="checkbox"/> Artritis
<input type="checkbox"/> Cerebral Vascular	<input type="checkbox"/> EPOC	<input type="checkbox"/> Cáncer
<input type="checkbox"/> Otros neuromusculares	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Tuberculosis
<input type="checkbox"/> Lesiones de la Cabeza	<input type="checkbox"/> Enfermedad ulcerosa péptica	<input type="checkbox"/> VIH
<input type="checkbox"/> Lesiones de la Médula Espinal	<input type="checkbox"/> Trastorno de sangrado	<input type="checkbox"/> Del abuso de alcohol
<input type="checkbox"/> Lesiones de la médula cervical	<input type="checkbox"/> La anemia	<input type="checkbox"/> Fumar
<input type="checkbox"/> Los nervios periféricos	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Del Abuso de Drogas
<input type="checkbox"/> Tumores malignos del SNC	<input type="checkbox"/> Enfermedad vascular periférica	<input type="checkbox"/> Exposiciones
<input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/> Enfermedades de la Tiroides	<input type="checkbox"/> Paperas
<input type="checkbox"/> Ansiedad	<input type="checkbox"/> Menstrual / disfunción sexual	<input type="checkbox"/> El sarampión
<input type="checkbox"/> Enfermedad de las Arterias Coronarias	<input type="checkbox"/> Otras Endocrinos	<input type="checkbox"/> Alergias
<input type="checkbox"/> Arritmias	<input type="checkbox"/> Enfermedades del Hígado / Hepatitis	<input type="checkbox"/> Fiebre reumática
<input type="checkbox"/> Insuficiencia cardiaca congestiva	<input type="checkbox"/> Enfermedad Renal	<input type="checkbox"/> Otros

NEW JERSEY HEADACHE INSTITUTE
1810 Park Avenue
South Plainfield, NJ 07080

Neurology-Electromyography
Phone: 908.315.5707
Fax: 908.333.6248