

Grand River Health

Formulario de Historial del Paciente Cuidado de Heridas

Nota: Este es un registro confidencial y se mantendrá en el consultorio de su médico. La información contenida aquí no será divulgada a nadie sin su consentimiento.

Apellido: _____ Primer Nombre: _____ I: _____

Fecha de Hoy: _____ Doctor que le refirió _____

Fecha de Nacimiento: _____ Farmacia Local: _____

Queja Principal

Por favor describa la herida y hechos relevantes

Es esta herida relacionada al trabajo? Sí No

Historia de Enfermedad Actual

Por favor conteste las siguientes preguntas

Locación de la herida?

Frente

Atrás

Abdomen Espalda Pierna

Otro: _____

Inicio de la herida presente?

Hace _____ Días

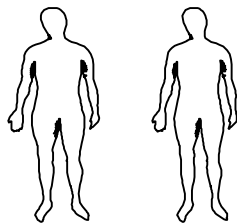
Hace _____ Semanas

Hace _____ Meses

Hace _____ Años

Ha sido tratado por la herida presente? Si No

Tratamiento: _____



Historial previo de otras herida?

Sí No

Descripción de heridas pasadas: _____

Tratamiento de heridas pasadas: _____

Actualmente está tomando un anticoagulante? Si No

Warfarin Xarelto

Otro: _____

Historia Médica Social Pasada

Liste todas las enfermedades serias. (Ejemplo: Diabetes, Hipertensión, Enfermedad del Corazón).

Liste cualquier enfermedad pasada y/o cirugías

Alergias y reacción:

Liste cualquier medicina que está tomando y la dosis

Fuma? Si No Bebe alcohol? Si No Socialmente

Altura: _____ Peso: _____ P/A: _____ Temp: _____ Pulso/Resp: _____ O2: _____