

INFORMACIÓN SOBRE SU SALUD

Deseamos proveerle la mejor asistencia médica. Para asegurar los mejores resultados, le solicitamos que complete el formulario.

Fecha _____

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____
Apellido Primer nombre

Numero de teléfono (en casa) _____ (en el trabajo) _____ Numero de Seguro Social _____

Ocupación _____ Estado Civil _____

Enumere sus medicamentos y la dosis rutinarios, sean o n sean prescritados por su médico. _____

¿Es usted alérgico(a) a alguna medicina? _____

Enumere sus hospitalizaciones y cirugías anteriores.

El tipo de cirugía o enfermedad	Cuando ocurrió (la fecha)	El nombre del hospital y del doctor
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

¿Ha padecido usted de estas enfermedades?

Convulsiones	Sí	No	Ansiedad/Depresión	Sí	No
Ataque del corazón	Sí	No	Enfermedades del hígado o hepatitis	Sí	No
Presión arterial alta	Sí	No	Úlcera	Sí	No
Derame cerebral	Sí	No	Enfermedades del colon	Sí	No
Colesterol alto	Sí	No	Enfermedades del tiroides	Sí	No
Murmur del corazón	Sí	No	Diabétis	Sí	No
Fiebre reumática	Sí	No	Cáncer	Sí	No
Asma	Sí	No	Enfermedades de los riñones o la vejiga	Sí	No
Artritis o gota	Sí	No	Coágulo de sangre	Sí	No
Alergias ambientales	Sí	No	Enfermedades transmitidas sexualmente	Sí	No
Anemia	Sí	No			
Glaucoma	Sí	No			
Tuberculosis	Sí	No			