

Esta forma es muy importante para usted y su médico. Queremos que compruebe todo lo que sabemos acerca de usted, ya que actualizamos nuestros registros una vez al año. Por favor, pasar una gran cantidad de energía llenarlo correctamente y por completo.

Nombre (Apellido, Nombre, Inicial): _____ Teléfono en Casa: _____

Celular: _____ Correo electrónico: _____ Ocupación _____

Estado: [] 1 – Casado [] 2 – Soltero [] 4 – Otros [] 6 – Separado [] 7 – Divorciado [] 5 – Viudo

Fecha de Nacimiento: _____ Edad _____ Género: _____ Número de Seguro Social # _____

Medicamentos: (Nombre, Dosis, y Cuando Se Toma) _____

Alergias a los medicamentos: (Sí/No/ ¿Qué medicamentos?) _____

Cirugía: (¿Qué han y cuándo?) _____

Historia clínica: (Lista de todas las hospitalizaciones, o cualquier otra condición médica crónica para la que usted ha visto a un médico)

La historia social:

¿Ha? / ¿Utiliza ilícitas-drogas recreativas? ¿Si es así, que los? _____

¿Si usted toma bebidas alcohólicas, cuánto y con qué frecuencia? _____

¿Si usted mastica, el humo o **alguna vez** ha consumido tabaco, ¿qué edad empezaste? ¿Cuánto se utiliza un día? _____

Su historia familiar: (Cualquier enfermedad o enfermedades en los niños, padres o abuelos.)			
Nombre del miembro de la familia	Edad	Problemas de salud	Causa y la edad de la muerte
Padre:			
Madre:			
Hermanos:			
Abuelos Paternos:			
Abuelos Maternos:			
Esposo:			
Niños:			

Fecha de Hoy: _____