

BIENVENIDOS

Acerca De Usted

Nombre: _____
(Apellido) (Primer) (inicial)

Prefiero que me llamen: _____

H M

Fecha de nacimiento: ___/___/___ Edad: ___

SS#: ___-___-___

Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a)
 Viudo(a)

Direccion: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo

Postal: _____

Casa#: () - - Otro#: () - -

#Trabajo: () - - Ext. DL#: _____

Trabajo: _____

Trabajo Direccion: _____

Ciudad: _____

Occupacion: _____

Quanto tiempo? _____

Donde/Cuando es el mejor tiempo de con-
tactarte: _____

A quien agradecemos por averlo
referido: _____

Informacion de Esposo(a)

El/Ella Nombre: _____ ()
(Apellido) (Primer)
(inicial)

Trabajo#: () - - Ext. _____

DL#: _____

Fecha de nacimiento: ___/___/___ SS#: ___-___-___

Persona responsable por
cuenta: _____

Historia Medica

Su salud hoy en dia: Bien Justo Pobre
Esta bajo tratamiento con doctor? Si No
Explica por que: _____

Fuma o usa tabaeco? Si No

Esta tomando medicina? Si No

Por favor lista cada
una: _____

Para mujeres: Esta tomando pastillas? Si No

Si No Esta embarazada?

Si No Esta amamantando (dando pecho)?

Nunca ha tenido ninguna de las enfermedades
siguientes o problemas medicos?

Si / No Anemia	Si / No Cirugia del Corazon
Si / No Radiacion	Si / No Pompa de Corazon
Si / No Huesos Artificiales	Si / No Sangrando Abnormal
Si / No Valvula Artificial	Si / No Hepatitis
Si / No Asma o Artritis	Si / No Alta -Baja Pression
Si / No Transfusion de Sangre	Si / No VIH+ - SIDA
Si / No Cancer /Quimioterapia	Si / No Ha sido hospitalizado
Si / No Defectos De Corazon	Si / No Fiebre Reumatica
Si / No Diabetes/Tuberculosis	Si / No Frecuente dolor de Cabeza
Si / No Problemas al Respirar/Rinon	Si / No Sarampion
Si / No Abuso de Droga o Alcohol	Si / No Sinusitis
Psychiatricos	Si / No Ulceras / Colitis
Si / No Glaucoma	Si / No Enfermedades Venereas
Si / No Epilepsia o Conbulciones	Si / No Desmayo
Si / No Fogaso o Herpes	Si / No Ataque al Corazon
Si / No Problemas con el Corazon	

Por favor liste si a tenido algun problema medico: _____

Es Alergico a a los siguientes.

Si / No Aspirina	Si / No Erthronycin	Si / No Latex
Si / No Codeine	Si / No Tetracycline	Si / No Metal /Plastico
Si / No Anesthetics Dental	Si / No Penicillin	Si / No Otros

Por favor liste si es Alergico a algun medicamento: _____