

Do not write, stamp, punch holes or affix a sticker in this area.
To reproduce, follow the printing instructions.
Do not fold this form.

Direction of Feed

Historial personal

Favor de contestar todas las preguntas.

STAFF: Handwritten items must be entered **MANUALLY**.



Historial médico

Por favor, indique si usted tiene un historial de los siguientes:

No tengo ninguna historial médico significativa

Pasado	Actual		Pasado	Actual	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Abuso de alcohol	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Presión arterial alta
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Alergias / sinusal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Colesterol alto
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Enfermedad de Alzheimer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	VIH / SIDA
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Anemia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hipotiroidismo
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ansiedad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Síndrome del intestino irritable
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Artritis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Cálculos renales
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Asma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Cáncer del hígado
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Desorden bipolar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Cáncer de pulmón
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Defectos de nacimiento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Lupus
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Enfermedades sanguíneas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Migrañas
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Coágulos de sangre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Esclerosis múltiple
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Cáncer de mama	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Osteoporosis
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Cataratas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Enfermedad de Parkinson
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Cáncer de colon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Cáncer de la próstata
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Insuficiencia cardíaca congestiva	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Problemas de próstata
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	EPOC / enfisema	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Reflujo / ERGE
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Enfermedad de la arteria coronaria	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Fiebre reumática
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Enfermedad de Crohn	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Artritis reumatoide
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Depresión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ataques / convulsiones
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Diabetes tipo 1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Enfermedad transmitida sexualmente
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Diabetes tipo 2 (adulto)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Apnea del sueño
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Gota	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Úlcera estomacal
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Enfermedad del corazón	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Embolia
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hepatitis B	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Intento de suicidio
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hepatitis C	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tuberculosis (TB)

Otra enfermedad, cáncer o enfermedades médicas significativas (especifique):

Historia médica de familia

Por favor, indique qué miembros de su familia han tenido estas enfermedades:

	Padre	Madre	Hermano	Hermana	Hijo	Hija
Abuso de alcohol	<input type="radio"/>					
Ansiedad	<input type="radio"/>					
Artritis	<input type="radio"/>					
Asma	<input type="radio"/>					
Enfermedades sanguíneas	<input type="radio"/>					
Cáncer de mama	<input type="radio"/>					
Cáncer de colon	<input type="radio"/>					
Otro tipo de cáncer	<input type="radio"/>					
EPOC	<input type="radio"/>					
Demencia	<input type="radio"/>					
Depresión	<input type="radio"/>					
Diabetes	<input type="radio"/>					
Trastorno gastrointestinal	<input type="radio"/>					
Enfermedad del corazón	<input type="radio"/>					
Presión arterial alta	<input type="radio"/>					
Colesterol alto	<input type="radio"/>					
Enfermedad renal	<input type="radio"/>					
Obesidad	<input type="radio"/>					
Cáncer de piel	<input type="radio"/>					
Ataque fulminante	<input type="radio"/>					
Problemas de las tiroides	<input type="radio"/>					

Historia de familiar desconocida

Ninguna historia médica de familia significativa

Madre, abuela o hermana desarrollaron enfermedad del corazón antes de los 65 años de edad.

Padre, abuelo o hermano desarrollaron enfermedad del corazón antes de los 55 años de edad.

Otro de historia familiar médica
(especifique enfermedad y miembro de la familia):

