

To reproduce, follow the printing instructions.
Fold only on the dotted lines.

Personal / Historia Familiar

Por favor responde cada pregunta

Do not write, stamp, punch holes
or affix a sticker in this area.

HISTORIA FAMILIAR

Por favor indicar si algun miembro de su familia ha tenido estas enfermedades:

HISTORIA FAMILIAR DESCONOCIDO

HISTORIAL MÉDICO FAMILIAR NO SIGNIFICATIVA

	Madre	Padre	Hermana	Hermano	Hija	Hijo
Cáncer de colon	<input type="radio"/>					
Cáncer de pecho	<input type="radio"/>					
Cáncer de pulmon	<input type="radio"/>					
Cáncer de ovario	<input type="radio"/>					
Cáncer de uterino	<input type="radio"/>					
Otro cáncer	<input type="radio"/>					
Depresión	<input type="radio"/>					
Diabetes	<input type="radio"/>					
Alta presion sanguinea	<input type="radio"/>					
Enfermedad de corazón	<input type="radio"/>					
Enfermedad de riñon	<input type="radio"/>					
Osteoporosis	<input type="radio"/>					
Ataque fulminante	<input type="radio"/>					

please fold on dotted line

Enfermedad de tiroides	<input type="radio"/>					
Trastorno de peso	<input type="radio"/>					
Convulsiones	<input type="radio"/>					
Enfermedad respiratoria	<input type="radio"/>					
Dolor de cabeza (migraña)	<input type="radio"/>					
Coágulos de sangre	<input type="radio"/>					
Cuidado psiquiátrico	<input type="radio"/>					
Endometriosis	<input type="radio"/>					
Otros problemas medicos	<input type="radio"/>					

HISTORIAL QUIRURGICO

Por favor indicar si ha tenido alguno de los siguientes:

No he tenido ninguna cirugias

- Hysterectomia abdominal
- Hysterectomia vaginal
- Histerectomia robótica
- Biopsia de pecho / lumpectomia

- Ovarios removidos
- Laparoscopia
- Mastectomia
- Ligadura de tubos

- Cesárea
- Cirugia por papanicolau abnormal
- Vesicula biliar removida
- Apendectomia

- Cirugia de colon
- Cirugia de la vejiga
- Amigdalectomia
- Otras cirugias

HISTORIA SOCIAL

please fold on dotted line

¿Describe tu uso de cigarrillos?

nunca previo currente (todos los días) currente (algunos días)

Si usted fuma(d), ¿cuántos cigarrillos usted (o lo hizo) el humo por día?

EJEMPLO

21 cigarrillos por día
Se parece a esto:

<input type="radio"/> 10	<input checked="" type="radio"/> 20	<input type="radio"/> 30	<input type="radio"/> 10	<input type="radio"/> 20	<input type="radio"/> 30	<input type="radio"/> 40	<input type="radio"/> 50	<input type="radio"/> 60	<input type="radio"/> 70	<input type="radio"/> 80	<input type="radio"/> 90
<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 7	<input type="radio"/> 8	<input type="radio"/> 9

¿Actualmente utiliza otros productos de tabaco (los e-cigarrillos, tabaco sin humo, cigarros, etc)? sí no

¿Está expuesto al humo de segunda mano? sí no

¿Tomas bebidas alcoholicas? sí no

¿Usas o has usado drogas? no sí, en el pasado
prefiero discutir con el medico sí, actualmente

¿Tu o tu compañero tiene historial de algunos de los siguientes: sí no
 Uso de drogas intravenoso, multiples transfuciones de sangre, HIV o hepatitis B

¿Tomas cafeina? sí no

¿Hace ejercicio dos o más veces por semana? sí no

¿Se siente amenazado (física, emocional, sexual) por cualquier persona en su hogar? sí no

