

SU Historial Médico

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

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Abuso de alcohol | <input type="radio"/> Presión Arterial Alta |
| <input type="radio"/> Anemia | <input type="radio"/> Colesterol Alto |
| <input type="radio"/> Complicaciones Anésteas | <input type="radio"/> VIH |
| <input type="radio"/> Trastorno de Ansiedad | <input type="radio"/> Urticaria |
| <input type="radio"/> Artritis | <input type="radio"/> Enfermedad Renal |
| <input type="radio"/> Asma | <input type="radio"/> Cáncer del Hígado |
| <input type="radio"/> Problemas Autoinmunes | <input type="radio"/> Enfermedades del Hígado |
| <input type="radio"/> Defectos de Nacimiento | <input type="radio"/> Pulmón / Enfermedades Respiratorias |
| <input type="radio"/> Problemas de la Vejiga | <input type="radio"/> Cáncer de Pulmón |
| <input type="radio"/> Enfermedades Sanguíneas | <input type="radio"/> Enfermedad Mental |
| <input type="radio"/> Coágulos de Sangre | <input type="radio"/> Migrañas |
| <input type="radio"/> Transfusión de Sangre | <input type="radio"/> Osteoporosis |
| <input type="radio"/> Enfermedad Inflamatoria Intestinal | <input type="radio"/> Cáncer de la Próstata |
| <input type="radio"/> Cáncer de Mama | <input type="radio"/> Cáncer Rectal |
| <input type="radio"/> Cáncer de Cuello Uterino | <input type="radio"/> Reflujo / ERGE |
| <input type="radio"/> Cáncer de Colon | <input type="radio"/> Ataques / Convulsiones |
| <input type="radio"/> Depresión | <input type="radio"/> Alergias Severas |
| <input type="radio"/> Diabetes | <input type="radio"/> Enfermedad Transmitida Sexualmente |
| <input type="radio"/> Crecimiento / Desarrollo Trastornado | <input type="radio"/> Cáncer de Piel |
| <input type="radio"/> Ataque del Corazón | <input type="radio"/> Embolia |
| <input type="radio"/> Enfermedad del Corazón | <input type="radio"/> Intento de Suicidio |
| <input type="radio"/> Dolor del Corazón / Angina | <input type="radio"/> Problemas de las Tiroides |
| <input type="radio"/> Hepatitis A | <input type="radio"/> Úlcera |
| <input type="radio"/> Hepatitis B | <input type="radio"/> Otra Enfermedad, Cáncer o |
| <input type="radio"/> Hepatitis C | <input type="radio"/> Enfermedades Médicas Significativas |
| | <input type="radio"/> Ninguna de las Anteriores |

Historia Médica Familiar

Por favor, indique si **SU FAMILIA** tiene un historial de lo siguiente:
(**SÓLO** incluya a los padres, abuelos, hermanos e hijos)

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Historia Familiar Desconocido | |
| <input type="radio"/> Abuso de alcohol | <input type="radio"/> Presión Arterial Alta |
| <input type="radio"/> Anemia | <input type="radio"/> Colesterol Alto |
| <input type="radio"/> Complicaciones Anésteas | <input type="radio"/> Enfermedad Renal |
| <input type="radio"/> Artritis | <input type="radio"/> Pulmón / Enfermedades Respiratorias |
| <input type="radio"/> Asma | <input type="radio"/> Migrañas |
| <input type="radio"/> Problemas de la Vejiga | <input type="radio"/> Osteoporosis |
| <input type="radio"/> Enfermedades Sanguíneas | <input type="radio"/> Cáncer Rectal |
| <input type="radio"/> Cáncer de Mama | <input type="radio"/> Ataques / Convulsiones |
| <input type="radio"/> Cáncer de Colon | <input type="radio"/> Alergias Severas |
| <input type="radio"/> Depresión | <input type="radio"/> Embolia |
| <input type="radio"/> Diabetes | <input type="radio"/> Problemas de las Tiroides |
| <input type="radio"/> Enfermedad del Corazón | <input type="radio"/> Otros tipos de Cáncer |
| <input type="radio"/> Ninguna de las Anteriores | |
| <input type="radio"/> Madre, abuela o hermana desarrollaron enfermedad cardiaca antes de la edad de 65 años. | |
| <input type="radio"/> Padre, abuelo, hermano o desarrollaron enfermedad cardiaca antes de la edad de 55 años. | |