

Imperial Valley Family Care Medical Group

(Favor de llenar los dos lados)

INFORMACIÓN PERSONAL

SU NOMBRE:	LA FECHA:
FECHA DE NACIMIENTO:	LUGAR DE NACIMIENTO:
<input type="checkbox"/> CASADO (A) <input type="checkbox"/> SOLTERO (A) <input type="checkbox"/> DIVORCIADO (A) <input type="checkbox"/> VIUDA <input type="checkbox"/>	
SU OCUPACIÓN:	¿POR CUANTO TIEMPO?

ENFERMEDADES	SU HISTORIA MEDICA	HERIDAS
ANEMIA <input type="checkbox"/>	CANCER <input type="checkbox"/>	HERIDAS DE LA CABEZA <input type="checkbox"/>
PROBLEMAS DEL CORAZÓN <input type="checkbox"/>	ÚLCERAS DEL ESTOMAGO <input type="checkbox"/>	HUEZOS QUEBRADOS <input type="checkbox"/>
ALTA PRESIÓN <input type="checkbox"/>	ENFERMEDADES SEXUALES <input type="checkbox"/>	HERIDAS DE LA ESPALDA <input type="checkbox"/>
DIABETES <input type="checkbox"/>	PULMONÍA <input type="checkbox"/>	CIRUGÍAS / OPERACIONES
TUBERCULOSIS <input type="checkbox"/>	HEPATITIS <input type="checkbox"/>	HERNIA <input type="checkbox"/>
EMBOLIA <input type="checkbox"/>	PROBLEMAS DE LOS RIÑONES <input type="checkbox"/>	VESÍCULA <input type="checkbox"/>
ÚLCERAS DEL ESTOMAGO <input type="checkbox"/>	ASMA <input type="checkbox"/>	HISTERECTOMÍA <input type="checkbox"/>
EL SARAPIÓN <input type="checkbox"/>	PROBLEMAS DE LA ESPALDA <input type="checkbox"/>	APENDECTOMÍA <input type="checkbox"/>
LAS PAPERAS <input type="checkbox"/>	TRANSFUSIONES DE SANGRE <input type="checkbox"/>	PRÓSTATA <input type="checkbox"/>
ARTRITIS <input type="checkbox"/>		OTRO:
DOLORES DE CABEZA (JAQUECAS) <input type="checkbox"/>		

LISTA DE MEDICINAS	MEDICINAS	HABITOS PERSONALES
	ALERGIÁS	FUMA? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	PENICILINA <input type="checkbox"/>	TOMA ALCOHOL? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	SULFA <input type="checkbox"/>	USA DROGAS? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	OTRAS ALERGIAS:	USA CINTURONES DE CARRO <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
MEDICINAS QUE TOMA QUE NO REQUIERE RECETA:		

HISTORIA DE FAMILIA

PADRE: VIVE - SU SALUD:	MADRE: VIVE - SU SALUD	
MUERTO - CAUSA:	MUERTA - CAUSA:	
HERMANOS / HERMANAS:		
ENFERMEDADES DEL CORAZÓN <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	EMBOLIA <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	ALTA PRESIÓN <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
ANEMIA <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	CANCER DE INTESTINOS <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	TUBERCULOSIS <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
CANCER DE LOS PECHOS <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	DIABETES <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

JLJ: 04-94 DATA\FORMS\HLTH_HXS.DOC

Patient History Questionnaire

(Favor de llenar el otro lado)

