

(Toda la información es estrictamente confidencial)

Marque con una (x) cualquier condición médica que tenga actualmente o haya tenido en el pasado:

<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Coágulos sanguíneos	<input type="checkbox"/> EPOC	<input type="checkbox"/> Depresión
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Colesterol alto	<input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca	<input type="checkbox"/> Hepatitis/enfermedad hepática disease	<input type="checkbox"/> VIH
<input type="checkbox"/> Presión arterial alta	<input type="checkbox"/> Ataque cardíaco	<input type="checkbox"/> Enfermedad renal	<input type="checkbox"/> Derrame	<input type="checkbox"/> Enfermedad de tiroides
<input type="checkbox"/> Cáncer:				
<input type="checkbox"/> Otra:				

Haga una lista de las operaciones que ha tenido en el pasado:

Operación	Año aproximado

Haga una lista de las condiciones médicas de su familia:

Familiar	¿Vive?	Condiciones médicas
Madre	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
Padre	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
Hermanas	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
Hermanos	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	

¿Usa actualmente productos de tabaco o los ha usado alguna vez? SÍ NO ANTERIORMENTE
 Si la respuesta es sí o anteriormente, ¿qué tipo de tabaco? _____
 ¿Cuánto y con qué frecuencia lo usa o lo usaba? _____
 Si usaba tabaco anteriormente, ¿a qué edad dejó de usarlo? _____

¿Consume alcohol? SÍ NO ANTERIORMENTE
 Si es así, ¿de qué tipo? _____
 ¿Con qué frecuencia bebe? Diariamente Semanalmente Mensualmente Anualmente Ocasionalmente
 Raras veces Socialmente
 ¿Cuánto bebe? _____
 ¿Cuándo bebió por última vez? _____

Certifico que la información anterior es correcta según mi conocimiento.

Firma

Fecha

Revisado por

Fecha