



(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	<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:				
Marque cualquier (X) operación que le hayan hecho en el pasado/agregue el año en se hizo:				
<input type="checkbox"/> Angioplastia: procedimiento para abrir los vasos sanguíneos que van al corazón /			<input type="checkbox"/> Apendicectomía /	
<input type="checkbox"/> Reparación de articulación con artroscopio /		<input type="checkbox"/> Operación de la espalda /		<input type="checkbox"/> Transfusión de sangre /
<input type="checkbox"/> Implantes de mama /		<input type="checkbox"/> Cirugía de baipás de la arteria coronaria (CABG) /		
<input type="checkbox"/> Marcapasos /		<input type="checkbox"/> Operación del túnel carpiano /		<input type="checkbox"/> Operación de cataratas /
<input type="checkbox"/> Extirpación de vesícula biliar /		<input type="checkbox"/> Operación de intestinos /		
<input type="checkbox"/> Dilatación y legrado: extraer tejido de adentro del útero /			<input type="checkbox"/> Operación para adelgazar /	
<input type="checkbox"/> Reparación de hernia /		<input type="checkbox"/> Reemplazo de cadera /		<input type="checkbox"/> Histerectomía /
<input type="checkbox"/> Reemplazo de rodilla /		<input type="checkbox"/> Cirugía de ojos, LASIK /		<input type="checkbox"/> Mastectomía o extirpación de mamas /
<input type="checkbox"/> Extirpación de fibroide uterino /		<input type="checkbox"/> Fractura /		<input type="checkbox"/> Extirpación de tiroides /
<input type="checkbox"/> Extirpación de amígdalas /		<input type="checkbox"/> Ligadura de trompas/esterilización femenina /		
<input type="checkbox"/> Otro:				
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			
<input type="checkbox"/> Hermanas/ <input type="checkbox"/> Hermanos	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			
<input type="checkbox"/> Hermanas/ <input type="checkbox"/> Hermanos	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			
<input type="checkbox"/> Hermanas/ <input type="checkbox"/> Hermanos	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			
<input type="checkbox"/> Hermanas/ <input type="checkbox"/> Hermanos	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			

Certifico que la información anterior es correcta según mi conocimiento.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Revisado por

\_\_\_\_\_  
Fecha