

Original Date:	8/14/2013
Dates Revised:	

HISTORIAL DE SALUD

Toda pregunta en este historial sera confidencial y parte de to registro medico

Nombre <i>(Last, First, M.I.):</i>	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	DOB:
Estado Civil:	<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Juntado <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Vivdo	
Doctor Primario/PCP:	Farmacia:	
	Location and or Phone Number	

HISTOREAL DE SALUD PERSONAL

Efermedades de Infarcia:	<input type="checkbox"/> Sarampion <input type="checkbox"/> Paperas <input type="checkbox"/> Rubeolo <input type="checkbox"/> Varicela <input type="checkbox"/> Fiebre Reumatica <input type="checkbox"/> Polio		
INMUNIZACIONES Y FECHAS	<input type="checkbox"/> Tetanos	<input type="checkbox"/> Pulmonia	
	<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Varicela	
	<input type="checkbox"/> Influenza	<input type="checkbox"/> MMR <i>sarampion, paperas, rubeolo</i>	

Lista todo problema medico que otros doctors te an diagnosticado?

--

Cirugias

Ano	Razon	Hospital

Haz ido a emergencias?

Ano	Razon	Hospital

Has tenido transfusion de sangre? Si No

Lista todas tus medicinas, vitaminas y inhalantes?		
Nombre de la Medicina	Cuantos Miligramos	Con que Frecuencia

Alergias a medicinas La Reaccion	
Nombre de las Medicinas	Que fue la reaccion?

HISTORIA SOCIAL

TODA PREGUNTA EN ESTE CUESTIONARIO SENA CONFIDENCIAL			
Raza	<input type="checkbox"/> Blanco	Asian	
	<input type="checkbox"/> Africano Americano	Decline	
	<input type="checkbox"/> Indio Americano		
	<input type="checkbox"/> Hispanic/Latino		
Lenguage	Ingles		
	Espanol		
	Otro		
Caffeina	<input type="checkbox"/> Nada	<input type="checkbox"/> Cafe	<input type="checkbox"/> Tea
			<input type="checkbox"/> Coca-cola
# de tazas por dia?			
Alcohol	Tomas alcohol?		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	Si, que clase?		
	Cuanto tomas por semana?		
Tobaco			
	<input type="checkbox"/> Cajetillas – pks./day	<input type="checkbox"/> Masticar - #/day	<input type="checkbox"/> Pipa- #/day
	<input type="checkbox"/> Cigaros - #/day		
Drogas	<input type="checkbox"/> # de anos	<input type="checkbox"/> Or year quit	
	Estas usando drogas de la calle?		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	Te inyectas drogas??		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

HOSTORIAL MEDICO FAMILIAR

	EDAD	SIGNIFICANT HEALTH PROBLEMS		EDAD	PROBLEMAS DE SAULD IMPORTANTES
Padre			Hijos	<input type="checkbox"/> H	
				<input type="checkbox"/> M	
Madre				<input type="checkbox"/> H	
				<input type="checkbox"/> M	
Hermano(a)	<input type="checkbox"/> H			<input type="checkbox"/> H	
	<input type="checkbox"/> M			<input type="checkbox"/> M	
	<input type="checkbox"/> H			<input type="checkbox"/> H	
	<input type="checkbox"/> M			<input type="checkbox"/> M	
	<input type="checkbox"/> H			<input type="checkbox"/> H	
	<input type="checkbox"/> M			<input type="checkbox"/> M	
	<input type="checkbox"/> H				
	<input type="checkbox"/> M				
			Abuela <i>Maternal</i>		
			Abuelo <i>Maternal</i>		
			Abuela <i>Paternal</i>		
			Abuela <i>Paternal</i>		

SHARING YOUR PHI

Enlista a todas las personas con las que podamos compartir to informacion medica

Parentesco

Parentesco

Parentesco

Parentesco

Parentesco

Firma:

Fecha:

OTROS PROBLEMAS

Check if you have, or have had, any symptoms in the following areas to a significant degree and briefly explain.

<input type="checkbox"/> Piel	<input type="checkbox"/> Pecho/Corazon	<input type="checkbox"/> Cambios Recientes:
<input type="checkbox"/> Cabeza/Cuello	<input type="checkbox"/> Espalda	<input type="checkbox"/> Peso
<input type="checkbox"/> Orejas	<input type="checkbox"/> Intestinal	<input type="checkbox"/> Nivel de energia
<input type="checkbox"/> Nariz	<input type="checkbox"/> Vejia	<input type="checkbox"/> Dificultar para dormir
<input type="checkbox"/> Garganta	<input type="checkbox"/> Intestino	<input type="checkbox"/> Other pain/discomfort:
<input type="checkbox"/> Pulmones	<input type="checkbox"/> Circulacion	