

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL: Esta información no sera liberada menos por su autorización. Esta forma se utilize para obtener su historia medica completa.

Nombre: _____ Fecha: _____

Edad: _____ Alutra: _____ Peso: _____

CUESTIONARIO MEDICO

HISTORIA PERSONAL

¿Tiene usted, o alguna vez ha tenido usted, cualquiera del siguiente? Por favor rodee sobre su respuesta.

- | | | |
|--------------------------------------|----|----|
| Tiroides | Sí | No |
| Tuberculosis..... | Sí | No |
| Glaucoma | Sí | No |
| Cáncer | Sí | No |
| Diabetes..... | Sí | No |
| Pulmonía | Sí | No |
| Asma..... | Sí | No |
| Enfisema..... | Sí | No |
| Fiebre reumática | Sí | No |
| Hipertensión | Sí | No |
| Problema cardíaco | Sí | No |
| Flebitis..... | Sí | No |
| Úlcera | Sí | No |
| Enfermedad venérea | Sí | No |
| Ictericia o Hepatitis..... | Sí | No |
| Enfermedad de Visícula..... | Sí | No |
| Colitis | Sí | No |
| Enfermedad de riñón | Sí | No |
| Piedras de riñones | Sí | No |
| Epilepsia..... | Sí | No |
| Enfermedades Severas Algéricas | Sí | No |
| Sangría de Desorden | Sí | No |
| Cualquier otra Enfermedad | Sí | No |

MEDICACIONES

Por favor catalogue todas las medicaciones que usted toma.

- | | |
|-------|-------|
| _____ | dosis |
| _____ | dosis |
| _____ | dosis |
| _____ | dosis |
| _____ | dosis |

Por favor catalogue cualquier alergia de medicina (droga):

Allergia de Látex Sí No

¿Cuál es la razón que usted está aquí hoy? _____

Debido al volumen grande de trabajo del laboratorio y pruebas que se obtienen diario, intentaremos ponerlos en contacto con usted con su valores del laboratorio. Sin embargo, ultimamente usted es responsable de llamar nuestra oficina para su resultados del laboratorio.

CIURGÍA

¿Ha tenido usted alguna operación?Sí No
Si sí, por favor catalogue:

- _____
- _____
- _____
- _____

HOSPITALIZACIONES

¿Ha sido usted hospitalizado para enfermedad medica?Sí No
Si sí, por favor catalogue:

- _____
- _____
- _____
- _____

HÁBITOS

Por favor rodee sobre su respuesta.

- ¿Ha sido usted un fumador?Sí No
- ¿Bebe usted alcohol?Sí No
- ¿Bebe usted café?.....Sí No
Si sí, cuántos tazas por día? _____
- ¿Ejercita usted Regularmente?Sí No
Si sí, describa brevemente.

- _____
- _____
- _____

Firma