

HISTORIA DE FAMILIA

Por favor indique si algunos de sus relativos de sangre han padecido de algo de lo siguiente:

Relación	Edad	Estado de Salud	Edad de muerte	Causa de muerte	Condición	Relación
Padre					Artritis	
Madre					Asma	
Hermano 1					Cáncer	
Hermano 2					Dependencia Química	
Hermano 3					Diabetes	
Hermano 4					Gota	
Hermano 5					Fiebre de heno	
Hermana 1					Enfermedad del Corazón	
Hermana 2					Hipertensión	
Hermana 3					Riñón	
Hermana 4					Ataques	
Hermana 5					Tuberculosis	

HOSPITALISACIONES, ENFERMEDADES SERIAS, LESIONES, CIRUGIAS

Fecha	Razón	Resultados

EMBARAZOS

Fecha de Nacimiento	Sexo de Nacimiento	Complicaciones (si algunas)

MEDICACIONES: (Indique todas las medicaciones que está tomando y la frecuencia del uso)

ALERGIAS: (Indique todas las alergias conocidas)

HABITOS DE SALUD: (Indique si usa algunas de las siguientes sustancias y el uso de frecuencia)

Alcohol: _____ Tabaco: _____

Cafeína: _____ Drogas: _____

OCCUPACIONAL: (Indique si ha estado expuesto a alguno de los siguientes trabajos)

Estrés _____ levantamiento pesado _____ Substancias Peligrosas _____ Ocupación actual: _____

Yo certifico que la información escrita es correcta en mi mejor conocimiento. Yo no tomare a mi doctor o a cualquier miembro personal de él/ella responsable por algunos errores u omisiones que haiga hecho al llenar esta forma.

Firma del Paciente/padre/tutor

Fecha