

## **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