

Alergias: Haga una lista de alergias y reacciones.

Medicamento

Reacción

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Antecedentes familiares:

Problemas médicos

Padre	_____
Madre	_____
Hermano	_____
Hermana	_____

Otros antecedentes familiares no mencionados:

Historial social:

Ocupación: _____

Nivel de educación: Primaria Secundaria Terciaria/educación profesional Doctorado/otro

¿Con quién vive? _____

Usted es: Soltero Casado Divorciado Viudo Vive con su pareja

¿Fuma?.....No Sí Si contestó sí, ¿cuánto? _____ ¿Por cuánto tiempo? _____

¿Alguna vez fue fumador?.....No Sí Si la respuesta es sí, ¿por qué lo dejó?

¿Bebe alcohol?.....No Sí Si la respuesta es sí, ¿cuánto? _____

¿Por cuánto tiempo? _____

¿Usa drogas recreativas?.....No Sí

Firma del proveedor
Provider Signature

Fecha de revisión
Date Reviewed