



HISTORIAL DE SALUD (health history)

Cuestionario estrictamente confidencial, esta información será parte de su expediente médico.

Nombre:	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	Fecha de nacimiento:
Estado civil:	<input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a)	
Doctor Previo:	Fecha de ultimo chequeo físico:	

Historial de Salud		
POR FAVOR DE ENLISTAR ALGUN DIAGNOSTICO PREVIO		
1.		
2.		
3.		
CIRUGIAS		
Año	Razón	Hospital

ENLISTE SUS MEDICINAS RECETADAS Y LAS QUE NO REQUIEREN RECETA, COMO VITAMINAS E INHALADORES		
Nombre de la droga	Dosis/Potencia	Frecuencia con que se toma
ALERGIA A MEDICAMENTOS		
Nombre de la droga	Reacción experimentada	

NORTH AUSTIN	CEDAR PARK
2200 Park Bend, Dr. Bldg. 2, Ste. 300 updated 10/8/16vc	11901 W. Parmer Lane, Ste. 300