



3270 Joe Battle, Suite #360

El Paso, TX 79938

Phone: 915.351.9000 fax: 915.351.9041

Esta usted bajo el cuidado de un Doctor primario? Si , Quien? _____

Fecha de ultimo examen fisico: _____ Mamograma _____ Le han hecho la prueba BRCA? _____ Si No

A que edad menstruo: _____ Cuando empezo la menopausa: _____ Edad en la que tuvo su primer bebe: _____

Amamanto? _____ Si No Numero de embarazos: _____ Numero de abortos/perdidas: _____

Escriba el nombre de medicamentos (y miligramos) que toma:

Alergias: _____

Alguna vez a tenido problemas con anestesia? Si No Explique: _____

Esta embarazada o sospecha que puede estar? Si No

Usa algun metodo anticonceptivo? Nombre: _____ Si No

Tiene o a sido tratado por alguna enfermedad/condicion de el corazon? Si No

Tiene alta o baja presion? (Favor de circular uno) Si No

Tiene un marcapasos o un implante de valvula artificial en el corazon? Si No

A tenido fiebre reumatica? Si No

A usado Acutane (Medicamento para acne)? Cuando: _____ Si No

A tomado la pastilla para bajar de peso Fentermina? Si No

A sufrido alguna enfermedad grave? _____ Si No

Se a hecho cirugia plastica? _____ Si No

A tenido radiacion y/o quimioterapia? Cuando: _____ Si No

Tiene desorden en la sangre como anemia,leucemia, y/o problemas de inmunodeficiencia? Si No

A sangrado excesivamente despues de cortarse o lastimarse? Si No

Tiene reflujo acido, hernia hiatal, ulceras o dificultad para tragar? Si No

Tiene algun problema de riñon o higado? (Circule uno) Si No

Tiene historial de apnea del sueno? Si No

Es usted VIH positivo? Si No

Es positivo o a tenido Hepatitis? Si No

Tiene o a tenido Tuberculosis? Si No

Fuma, mastica o usa cualquier tipo de tabaco? Si No

Aceptaria sangre en caso de emergencia? Si No

Tiene alguna otra condicion que no se haya aqui mencionado? _____

Certifico que la informacion dada es completa y precisa

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha: _____