



3270 Joe Battle, Suite #360  
El Paso, TX 79938

Telefono: 915.351.9000  
Fax: 915.351.9041

## HISTORIA DEL PACIENTE Y FISICO

Porfavor indique la razon de su visita: \_\_\_\_\_

Alergias a medicamentos: \_\_\_\_\_

Medicamentos Actuales: \_\_\_\_\_

**HISTORIAL MEDICO:**       NINGUNO

- |   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Asma                                   | <input type="checkbox"/> Convulsiones                | <input type="checkbox"/> Coagulos de Sangre        | <input type="checkbox"/> Pulmones/Piernas?        |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad Pulmonar Congestiva Cronica | <input type="checkbox"/> VIH/SIDA                    | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la Tiroides |   |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia Cardiaca Congestiva      | <input type="checkbox"/> Hipertension                | <input type="checkbox"/> Diabetes                  | <input type="checkbox"/> Dependiente de Insulina? |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de Arterias Coronarias      | <input type="checkbox"/> Apnea Obstructiva del sueño | <input type="checkbox"/> Otro _____                |   |

**HISTORIAL QUIRURGICO/HOSPITALIZACION(ES):**      (Porfavor enliste el año y procedimiento)

Cirugia	Procedimiento	Año
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**HISTORIAL SOCIAL:**

- Uso actual de alcohol: S N      \_\_\_\_\_ # de bebidas al dia      \_\_\_\_\_ # de bebidas a la semana
- Consumo de drogas: \_\_\_\_\_
- # actual de cigarros/dia \_\_\_\_\_ Uso pasado de cigarros ( # de años) \_\_\_\_\_ Interesado en dejarlo : S N
- NUNCA A FUMADO
- Casada       Soltera       Divorciada       Viuda

**HISTORIAL FAMILIAR:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**NOMBRE DEL PACIENTE:** \_\_\_\_\_ **FECHA DE NACIMIENTO:** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_