



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 (sin medicamentos): \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_