



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:** _____