



1141 Caper Rd
El Paso, TX 79925
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: _____