



1141 Caper Rd
El Paso, TX 79925

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**

Asma Convulsiones Coagulos de Sangre

Pulmones/Piernas?

Enfermedad Pulmonar Congestiva Cronica VIH/SIDA Enfermedad de la Tiroides
 Insuficiencia Cardiac Congestiva Hipertension Diabetes Dependiente de Insulina?
 Enfermedad de Arterias Coronarias Apnea Obstructiva del sueño Otro _____

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

Cirurgia	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:** _____

