



SANTA LUCIA MEDICAL GROUP

1336 Natividad Road, Salinas, California 93906

HISTORIAL MEDICO

¿Ha usted padecido anteriormente...?

(Marque el cuadro que se aplique a usted)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hipertensión | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Apoplejia | <input type="checkbox"/> Cáncer |
| <input type="checkbox"/> Ataque del Corazón | <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Ulceras |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Asma |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades del Riñón | <input type="checkbox"/> Transfusiones de Sangre |
| <input type="checkbox"/> Enfisema | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Ataques | <input type="checkbox"/> Gota |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades de la Tiroides | <input type="checkbox"/> Síndrome de Irritación del Intestino, Tripas y Entrañas |
| <input type="checkbox"/> Artritis Reumatoide | <input type="checkbox"/> Alto Colesterol |
| <input type="checkbox"/> Erupción de la Piel | <input type="checkbox"/> Cirrosis |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de Parkinson's | <input type="checkbox"/> Falla Congestiva del Corazón |
| <input type="checkbox"/> Pancreatitis | <input type="checkbox"/> Enfermedades Transmitidas Sexualmente |
| <input type="checkbox"/> Arritmia Cardiaca | <input type="checkbox"/> Otras (Por favor especifique) |
| <input type="checkbox"/> Depresión | |

¿Usted...? (Por favor encierre con un círculo las que se apliquen a usted)

- | | | | | |
|---------------------------|----|----|-----------------------|--------------------------|
| Fuma cigarrillos | Si | No | Cajetillas Por Semana | <input type="checkbox"/> |
| Toma Bebidas alcohólicas | Si | No | Ocasionalmente | <input type="checkbox"/> |
| Toma café o té | Si | No | Tazas al día | <input type="checkbox"/> |
| Usa drogas recreacionales | Si | No | Ocasionalmente | <input type="checkbox"/> |

Tiene usted historial familiar de...?

- | | | |
|----------------------|-----|----|
| Alta Presión | Yes | No |
| Cáncer (De que tipo) | Yes | No |
| Diabetes | Yes | No |
| Apoplejia | Yes | No |
| Ataques al Corazón | Yes | No |
| Alto Colesterol | yes | No |