



Today's Date / Fecha de Hoy \_\_\_\_\_

Name / Nombre \_\_\_\_\_ DOB / Fecha De Nacimiento \_\_\_\_\_

Current Address / Dirección Actual \_\_\_\_\_

Phone Number / Número de Teléfono \_\_\_\_\_

Reason For Visit / Razón De La Visita \_\_\_\_\_

When did this happen or first start? / ¿Cuándo comenzó o sucedió? \_\_\_\_\_

\*\*\*If this occurred at work, please advise the front desk\*\*\*

\*\*\*Si esto ocurrió en el trabajo, por favor avise a la recepción\*\*\*

Past Medical History / Antecedentes médicos					
High Blood Pressure / Presión Alta	Sí	No	Liver Disease / Enfermedad del Hígado	Sí	No
Heart Attack / Ataque al Corazón	Sí	No	Kidney Disease / Enfermedad del Riñón	Sí	No
Diabetes	Sí	No	Cancer / Cáncer	Sí	No
Stroke / Derrame Cerebral	Sí	No	Tuberculosis	Sí	No
Asthma / Asma	Sí	No	Stomach Ulcers / Úlceras de Estómago	Sí	No
Other Medical Problems? / ¿Otros Problemas Médicos?					

Past Surgical History / Antecedentes Quirúrgicos					
Hysterectomy / Histerectomía	Sí	No	Back/Spine / Espalda o Columna Vertebral	Sí	No
Gallbladder / Vesícula Biliar	Sí	No	Tonsils / Amígdalas	Sí	No
Appendix / Apéndice	Sí	No	Adenoids / Adenoides	Sí	No
Other Surgeries? Specify / ¿Otras cirugías? Especificar					

Family History – Has anyone in your family (Mom/Dad/Brothers/Sisters) suffered from: Historia Familiar – Tiene alguien en su familia (Mamá/Papá/Hermanos/Hermanas) que a sufrido de:					
Heart Attacks / Ataques al corazón	Sí	No	At what age? / ¿A que edad?	Sí	No
Strokes / Derrame Cerebral	Sí	No	At what age? / ¿A que edad?	Sí	No
Cancer / Cáncer	Sí	No	At what age? / ¿A que edad?	Sí	No
Social Habits / Hábitos Sociales					
Do you smoke? / ¿Fumas?	Sí	No	How many packs per day? / ¿Cuántos paquetes por día?		
Do you drink alcohol? / ¿Bebes alcohol?	Sí	No	How often do you drink? / ¿Con qué frecuencia consume?		

Continues in Back / Continúa Atrás →