

Historial Familiar

Complete la información de salud acerca de su familia

Relación	Edad	Estado de Salud	Edad de la Muerte	Causa de Muerte	¿Alguno de sus familiares sufren?	Por Favor comprueb		Relación con usted
						Yes	No	
					Asma			
Padre					Enfermedad del corazón			
Madre					Cancer			
Hermanos					Glaucoma			
					Diabetes			
					Stroke			
Hermanas					Presión alta			
					Enfermedad del riñon			
					Otras:			

Hospitalizaciones y Cirugias

Año	Hospital	Razón de la hospitalización y resultado

Habitos sociales Y de comportamiento

	Frecuencia				
	Nunca	Previamente		Actualmente	
		A Veces	Cada Día	A Veces	Cada Día
Cigarrillos					
Otro tabaco					
Otro drogas					
Alcohol					
Cafeina					

Historia de exposición ocupacional

	Frecuencia				
	Nunca	Previamente		Actualmente	
		A Veces	Cada Día	A Veces	Cada Día
Objetos pesados					
Sustancias peligrosa					
estrés					
Otro:					

¿Ha tenido alguna vez una transfusión de sangre? No Si Fecha: _____

Certifico que la información que acabo de suministrar es correcta a mi mejor entender. No hago responsable a mi Doctor o a ningún otro miembro de su equipo por error u omisión de mi parte al momento de completar esta forma

Firma

Fecha