(Toda información sera estrictamente confidencial)

HISTORIA FAMILIAR Llene la información que le pertenece ha su historia familiar

Relación	Edad	Estado de Salud	Edad al Morir	Causa de Muerte
Padre				
Madre				
Hermanos				
Hermanas				

Denote (✓) si su parentela padecen de lo siguente: Enfermedad	Relación ha Ud.
Artritis/Gota	
Asma/Fiebre del Heno	
Cáncer	
Dependiente de Droga	
Diabetes	
Enfermedad del Corazón/Ataque	
Alta Presión	
Enfermedad del Riñon	
Tuberculosis	
Otro	

HOSPITALIZACIÓN

Año	Hospital	Razón por cual lo hospitalizaron y el resultado

¿Ha tenido tranfusión de sangre? ☐ Sí ☐ No
Si sí, de la fecha(s) _____

ENFERMEDAD GRAVE / INJURÍAS	FECHA	RESULTADO

HISTORIA CARDIACO

¿Le han hecho lo siguiente?
Angiografia: ☐ Sí ☐ No
Fecha
Caterización: ☐ Sí ☐ No
Fecha
Otro

HÁBITOS DE SALUD Denote (✓) cuales substancia Ud. usa y la cantidad usada por día

	Cafeina	
	Tabaco	
	Drogas	
	Otro	

PREOCUPACIÓNES DE SU OCUPACIÓN

Denote (✓) si su ocupación lo sujete ha lo siguiente

	Tensión
	Substancias peligrosos
	Levantar cosas pesadas
	Otro
Su Ocupación:	

Certifico que la información ya citada esta correcto segun mi leal saber y entender. No pondre ha los doctores o sus empleados responsable por cualquier error o omisión que yo ise al llenar esta forma.

_____ _____
Firma Fecha

_____ _____
Revisor Fecha