

HISTORIAL MÉDICO PASADO

Por favor marque casa diagnóstico aplicable.

FIBRILACIÓN AURICULAR <input type="checkbox"/>	CÁNCER <input type="checkbox"/>	DIÁLISIS <input type="checkbox"/>	PRESIÓN ARTERIAL <input type="checkbox"/>	OTRA <input type="checkbox"/>
SIDA/VIH <input type="checkbox"/>	COLESTEROL (ALTO) <input type="checkbox"/>	TREMBLOR ESENCIAL <input type="checkbox"/>	INCONTINENCIA <input type="checkbox"/>	MARCAPASOS <input type="checkbox"/>
PROBLEMAS POR LA ANESTESIA <input type="checkbox"/>	HERIDAS CRÓNICAS/MALA CICATRIZACIÓN DE HERIDAS <input type="checkbox"/>	ERGE <input type="checkbox"/>	ENFERMEDAD RENAL <input type="checkbox"/>	ENFERMEDAD DE PARKINSON'S <input type="checkbox"/>
ANSIEDAD <input type="checkbox"/>	EPOC <input type="checkbox"/>	DOLORES DE CABEZA <input type="checkbox"/>	ENFERMEDAD HEPÁTICA <input type="checkbox"/>	PROBLEMAS DE PRÓSTATA <input type="checkbox"/>
ARTRITIS <input type="checkbox"/>	ENFERMEDAD DE LA ARTERIA CORONARIA <input type="checkbox"/>	ATAQUES CARDÍACOS <input type="checkbox"/>	SAMR <input type="checkbox"/>	CONVULSIONES <input type="checkbox"/>
TRASTORNO AUTOINMUNE <input type="checkbox"/>	CPAP <input type="checkbox"/>	INSUFICIENCIA CARDÍACA <input type="checkbox"/>	NEUROPATÍA <input type="checkbox"/>	STENTS <input type="checkbox"/>
SANGRADO DEMASIADO FÁCIL <input type="checkbox"/>	DEPRESIÓN <input type="checkbox"/>	HEPATITIS <input type="checkbox"/>	USO DE O2 <input type="checkbox"/>	DERRAME CEREBRAL <input type="checkbox"/>
COÁGULOS DE SANGRE <input type="checkbox"/>	DIABETES <input type="checkbox"/>	HIDROCEFALIA <input type="checkbox"/>	OSTEOPOROSIS <input type="checkbox"/>	ENFERMEDAD DE LA TIROIDES <input type="checkbox"/>

No tengo antecedentes medicos.

HISTORIAL DE SALUD FAMILIAR

Por favor marque junto estos que le correspondan y escriba qué miembro de la familia

SANGRADO O COAGULACIÓN ANORMAL <input type="checkbox"/>	DEABETES MELLITUS <input type="checkbox"/>	CÁNCER <input type="checkbox"/>
DERRAME CEREBRAL <input type="checkbox"/>	CARDIOPATÍA <input type="checkbox"/>	TUMOR CEREBRAL <input type="checkbox"/>

No tango antecedentes familiares que reportar.

ALERGIAS

Por favor enumere TODAS las alergias a media mentos, ailments y alergias medicas y su reacción.

No tengo alergias que reportar.

¿Tiene algún otro historial, síntoma, o información pertinente que pueda proporcionar?
