

Nombre:	Estatura:	Peso:	Talla de Zapato:	Seguro Social#:
Estatus Marital (<i>seleccione uno</i>): casado(a) soltero(a)			Farmacia:	
Lengua Materna:			Raza:	
Quien es su doctor general?			Fecha de ultima consulta:	
Nombre de Contacto de Emergencia:			# Contacto de Emergencia:	
Empleo (<i>seleccione</i>): Tiempo Completo Tiempo Medio Estudiante Desempleado Retirado				
Correo Electronico:				
A tenido alguna de estas condiciones medicas en el pasado? (<i>si su respuesta es si, indique cual</i>)				
<input type="checkbox"/> Alzheimer's	<input type="checkbox"/> Fibromialgia	<input type="checkbox"/> Problemas del Hgado	<input type="checkbox"/> Ciatica/Calambres	
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Gota (acido urico)	<input type="checkbox"/> Problemas de Pulmon	<input type="checkbox"/> Ataques Epilepticos	
<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Problemas Auditivos	<input type="checkbox"/> Borreliosis	<input type="checkbox"/> Ulceras Estomagales	
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Ataque Cardiaco	<input type="checkbox"/> Prolapso de la Valvula Mitral	<input type="checkbox"/> Derrame Cerebral	
<input type="checkbox"/> Transtornos de Sangrado	<input type="checkbox"/> Enfermedad del Corazon	<input type="checkbox"/> Enfermedades de Nervios	<input type="checkbox"/> Problemas de Tiroides	
<input type="checkbox"/> Cancer	<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Osteoporosis	<input type="checkbox"/> Tuberculosis	
<input type="checkbox"/> Depresion	<input type="checkbox"/> Alta Presion	<input type="checkbox"/> Flebitis	<input type="checkbox"/> Enfermedad Vasculiar	
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Queloides/Cicatrices	<input type="checkbox"/> Transtornos Psiquiatricos	<input type="checkbox"/> Ninguna	
<input type="checkbox"/> Transtornos Oculares	<input type="checkbox"/> Problemas del Riñon	<input type="checkbox"/> Fibre Reumaticas	<input type="checkbox"/> Otra _____	
Sirugias Sirugia/Fecha/Complicacion	Medicamento Medicamento/Dosis	Alergias Medica Alergia/Reaccion		
Tiene un historial de consumo de tabaco?	Historial de familia (<i>seleccione todo lo aplicable</i>)		A experimentado alguna de estas condiciones recientemente? (<i>seleccione todas las que aplican</i>)	
<input type="checkbox"/> No, nunca		Madre	Padre	
<input type="checkbox"/> Si, pero deje en _____	Vivo(a)			
<input type="checkbox"/> Si, fumo _____ cigarros/dia	Muerto (a)			
<input type="checkbox"/> Si, fumo puros	Edad			
Consume bebidas alcoholicas?	Artritis:			vision borrosa
<input type="checkbox"/> No, nunca	Coagulo Sangineo:			dolor de cabeza
<input type="checkbox"/> Rara ves	Cancer:			mareos
<input type="checkbox"/> Ocasionalmente/Socialmente	Diabetes:			sonidos en los oidos
<input type="checkbox"/> Diario, _____ tragos/dia	Ataque Cardiaco:			fiebre
Consume sustancias ilegales?	Alta Presion:			boca seca
<input type="checkbox"/> No	Queloides:			palpitation del corazon
<input type="checkbox"/> Si	Derrame Cerebral:			dificultad al respirar
	Otro: (<i>favor de explicar</i>)			dolor de estomago
				diarrea
				constipasion
				orinar frecuentemente
				contraccion muscular
				salullido/problemas de piel
Favor de explicar la razon de su visita:				