

SIMMONS CARE CLINICS

NOMBRE _____ SS# _____ FECHA DE HOY _____

DIRECCIÓN _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ CODIGO _____

OCUPACIÓN _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ EDAD _____

TELÉFONOS DE CASA/CELULAR _____ Y DEL TRABAJO _____

¿ALGÚN MEDICAMENTO LE CAUSA ALERGIA? _____

¿TOMA MEDICINAS RECETADAS O SIN RECETA, VITAMINAS, PASTILLAS ANTICONCEPTIVAS, MEDICINAS NATURALES _____

¿HA ESTADO HOSPITALIZADO O HA TENIDO OPERACIONES? _____

MUJERES SOLAMENTE ¿ESTA EMBARAZADA? SI NO ¿QUIERE EMBARAZARSE? SI NO

HISTORIAL MEDICO DE FAMILIA

	Abuelos Paternos	Abuelos Maternos	Padre	Madre	hermanos	hijos		Abuelos Paternos	Abuelos Maternos	Padre	Madre	hermanos	hijos
Enfermedades del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades de los riñones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipertensión	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades de la Tiroides	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Embolia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades Mentales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cancer	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Osteoporosis/Artritis	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades Genéticas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetis	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muerte subita	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsia/Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muerte a edad temprana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de sangrado	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lupus	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

HISTORIAL MEDICO

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> Falta de respiración | <input type="checkbox"/> Palpitaciones | <input type="checkbox"/> Anemia |
| <input type="checkbox"/> Ronchas/Salpullido Crónico | <input type="checkbox"/> Fiebre Reumatica | <input type="checkbox"/> Intolerancia a la lactosa | <input type="checkbox"/> Dolor de pecho |
| <input type="checkbox"/> Problemas estomago/intestinos | <input type="checkbox"/> Soplo en el corazón | <input type="checkbox"/> Sarampión | <input type="checkbox"/> Osteoporosis |
| <input type="checkbox"/> Paperas | <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Nerviosismo | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la Prostata |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades de la Vesicula | <input type="checkbox"/> Mareos/Desmayos | <input type="checkbox"/> Problemas para evacuar | <input type="checkbox"/> Presion Alta hipertención |
| <input type="checkbox"/> Rubéola | <input type="checkbox"/> Alergias/Rinitis alergica | <input type="checkbox"/> Problemas para orinar | <input type="checkbox"/> Gota |
| <input type="checkbox"/> Polio | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Bronquitis | <input type="checkbox"/> Enfermedades de Transmisión Sexual |
| <input type="checkbox"/> Difteria | <input type="checkbox"/> Escarlatina | <input type="checkbox"/> Depresion | <input type="checkbox"/> Problemas Sexuales/ Menstruación |
| <input type="checkbox"/> Neumonía/Pulmonia | <input type="checkbox"/> Infecciones Frecuentes | <input type="checkbox"/> Tetanos | <input type="checkbox"/> Otra _____ |
| <input type="checkbox"/> Ulcera | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Diabetis | |

Habitos Personales

- Fuma #Cajetillas al dia _____ Mastica tabaco _____ Bebidas Alcolicas _____
 Por cuanto tiempo _____ ¿Cuanto mastica al dia? _____ ¿Que tipo? _____
 ¿Interesado en dejar de fumar? _____ ¿Cuanto?(cantidad) _____
- ¿Dificultad para dormir? _____ ¿Dificultad para quedarse despierto? _____
 ¿Ronca? _____ ¿Se despierta muy temprano? _____ Otra _____