

Nombre _____ Fecha _____
 Fecha de Nacimiento _____
 Lugar de Nacimiento _____
 Religión _____ Nivel de Educación _____

Lone Star Family Health Clinic
 704 Old Montgomery Rd.
 Conroe, Texas 77301

Ha tenido usted, su cónyuge, o algún familiar cualquiera de las siguientes:	USTED		FAMILIAR		Parentesco o Detalles	Apuntas Médicos
	Sí	No	Sí	No		
Diabetes						
Gota						
Problemas de las tiroides						
Mareos o desmayos						
Problemas del corazón o dolores en el pecho						
Presión alta						
Asma						
Fiebre del heno o alergias						
Pulmonía						
Trastornos gastrointestinales						
Úlceras estomacales						
Sangramiento o trastornos sanguíneos/anemia						
Cáncer						
Ceguera o glaucoma						
Sordera						
Enfermedades neurológicas (incluyendo ataques)						
Derrame cerebral						
Depresión						
Nerviosismo						
Retardación mental			Hospitalizaciones		Año	
Artritis o trastornos óseos			Cirugías			
Trastornos sexuales						
Enfermedades venéreas						
Varicela						
Hepatitis o ictericia (derrame biliar)						
Lesiones (que no sean torceduras)						
Enfermedades mayores o prolongadas						
Transfusión de sangre						

¿Fuma o Usa Tabaco?
 Sí_ Duración _____
 No_ Cantidad _____

¿Tiene una historia de abuso de drogas?
 Sí _____ No _____

Medicamentos Actuales
 (Favor de anotarlos todos)

Si ha dejado hábito,
 ¿cuánto tiempo hace? _____

¿Toma bebidas alcohólicas? _____
 Clase _____ Cantidad _____
 ¿Toma café o bebidas con cafeína? _____
 Cantidad _____

Considera usted que su estilo de vida está orientado alrededor de su salud?
 (Ejercicio, control de sal, contenido de grasa...) _____

Para la mujer solamente:

Edad cuándo comenzó su periodo menstrual _____
 Duración _____
 ¿Cuántos días apartes? _____
 Problemas menstruales _____

Número de embarazos _____
 Número de abortos _____
 Número de niños _____
 ¿Está planificando tener niños? _____

Alergia a Medicamentos

