



SANTA LUCIA MEDICAL GROUP

1336 Natividad Road, Salinas, California 93906

HISTORIAL MEDICO

¿Ha usted padecido anteriormente...?

(Marque el cuadro que se aplique a usted)

- | | |
|--|--|
| ☐ Hipertensión | ☐ Diabetes |
| ☐ Apoplejia | ☐ Cáncer |
| ☐ Ataque del Corazón | ☐ Fiebre Reumática |
| ☐ Hepatitis | ☐ Ulceras |
| ☐ Anemia | ☐ Asma |
| ☐ Enfermedades del Riñón | ☐ Transfusiones de Sangre |
| ☐ Enfisema | ☐ Tuberculosis |
| ☐ Ataques | ☐ Gota |
| ☐ Enfermedades de la Tiroides | ☐ Lupus |
| ☐ Artritis Reumatoide | ☐ Síndrome de Irritación del Intestino, Tripas y Entrañas |
| ☐ Erupción de la Piel | ☐ Alto Colesterol |
| ☐ Enfermedad de Parkinson's | ☐ Cirrosis |
| ☐ Pancreatitis | ☐ Falla Congestiva del Corazón |
| ☐ Arritmia Cardíaca | ☐ Enfermedades Transmitidas Sexualmente |
| ☐ Depresión | ☐ Otras (Por favor especifique) |

— ¿Usted...? (Por favor encierre con un círculo las que se apliquen a usted) —

Fuma cigarrillos	Si	No	Cajetillas Por Semana	☐
Toma Bebidas alcohólicas	Si	No	Ocasionalmente	☐
Toma café o té	Si	No	Tazas al día	☐
Usa drogas recreacionales	Si	No	Ocasionalmente	☐

— Tiene usted historial familiar de...? —

Alta Presión	Si	No
Cáncer (De que tipo)	Si	No
Diabetes	Si	No
Apoplejia	Si	No
Ataques al Corazón	Si	No
Alto Colesterol	Si	No