

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Anterior Nombre del médico: \_\_\_\_\_ Date último examen médico: \_\_\_\_\_

**¿Cuál de las siguientes afecciones está recibiendo tratamiento actualmente o por la que ha sido tratado en el pasado?**

- |  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar        | <input type="checkbox"/> Trastorno ocular      | <input type="checkbox"/> Diabetes Enfermedad                 | <input type="checkbox"/> cardíaca /Soplo /Angina |
| <input type="checkbox"/> colesterol alto                 | <input type="checkbox"/> Asma                  | <input type="checkbox"/> pulmonares                          | <input type="checkbox"/> Heartburn               |
| <input type="checkbox"/> sinusales                       | <input type="checkbox"/> hepáticos / Hepatitis | <input type="checkbox"/> neurológicos                        | <input type="checkbox"/> Anemia                  |
| <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza               | <input type="checkbox"/> Artritis              | <input type="checkbox"/> Cáncer                              | <input type="checkbox"/> Amigdalitis             |
| <input type="checkbox"/> Úlceras                         | <input type="checkbox"/> Depresión/Ansiedad    | <input type="checkbox"/> Tobillos hinchados                  |  |
|  |  | Problemas de tiroides Pruebas preventivas                    |  |
| <input type="checkbox"/> Atención psiquiátrica           | <input type="checkbox"/> Problemas de oído     | <input type="checkbox"/> Convulsiones Riñón/vejiga           | Presión arterial alta Problemas                  |
| <input type="checkbox"/> Presión arterial baja Problemas | <input type="checkbox"/> Alergias estacionales | <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular Problemas |  |

1) Fecha de la última prueba de Papanicolaou: \_\_\_\_\_ ¿Ha tenido una prueba de Papanicolaou anormal? \_\_\_\_\_ ¿Dónde se realizó su último Papanicolaou? \_\_\_\_\_

2) Fecha de la última mamografía: \_\_\_\_\_

¿Dónde se realizó su última mamografía? \_\_\_\_\_

3) Fecha de la última colonoscopia: \_\_\_\_\_

¿Dónde se realizó su última colonoscopia? \_\_\_\_\_

4) ¿Fecha de la última prueba de PSA? \_\_\_\_\_

¿Dónde se realizó su última prueba de PSA? \_\_\_\_\_

5) ¿Dónde recibió sus últimas vacunas? \_\_\_\_\_

**Al firmar a continuación, certifico que, a mi leal saber y entender, toda la información que he proporcionado en este formulario es completa, verdadera y precisa. También le doy permiso a Connect Health + Wellness para obtener resultados de lo anterior a través del Formulario de Liberación / Intercambio de Registros Médicos.**

**Firma del Paciente / Tutor Legal**

\_\_\_\_\_