



Patient Medical History/Historia médica del paciente

Name/Nombre _____

Primary Care Physician/Medico de atencion primaria _____

Pharmacy/Farmacia _____

Allergies to medications/Alergia a los medicamentos?: YES (SÍ)/ NO (NADA)
 If YES, what? (En caso **AFIRMATIVO**, ¿qué?) _____

Condition/Condición	You/Usted	Relative/Relativo	If Relative, WHO? Si, relativo, quien?
Bleeding Disorder/trastorno de sangre			
Cancer/Cáncer type/tipo: _____			
Diabetes/Diabetis			
Heart Disease/Enfermedad Cardiaca			
High Blood Pressure/Presión arterial alta			
Epilepsy/Seizures/Eiplepsia/Convulsiones			
Lung Problem/Pulmon problema			
Pacemaker/Marcapasos en el Corazon			
Stroke/Accidente Cerebrovascular			
Thyroid Disease/Enfermedad de la Tiroides			
Sinus Headache/Dolor de cabeza sinusal			
Migraine Headache/Migrana			
Other/Ostros			

Tobacco/Tabaco?: YES (SÍ)/NO (NADA)

Alcohol/Licor?: YES (SÍ)/NO (NADA)

List year of last/Ultimo ano):

Pneumovax/Inyeccion de pulmonia: _____ Flu shot/Inyeccion de Gripe: _____

Colonoscopy/colonoscopia: _____ Tetanus/Inyeccion de tetatno: _____

Previous Surgeries or Hospitalizations/Cirugías previas o Hospitalizations

Reason/Procedure	Date	Location

