



High Blood Pressure: (Hipertensión) YES NO SINCE WHEN (Desde cuando): \_\_\_\_\_

TREATMENT (Tratamiento): \_\_\_\_\_

Heart troubles: (Problemas del corazón) YES NO SINCE WHEN (Desde cuando): \_\_\_\_\_

TREATMENT (Tratamiento): \_\_\_\_\_

ALLERGIES (Alergias): YES NO

NAME ALLERGIES: \_\_\_\_\_

ANOTHER ILLNESS: (Algún otro padecimiento)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### DATOS GENERALES DEL BENEFICIARIO 3.

Name (Nombre) \_\_\_\_\_ Age (Edad) \_\_\_\_\_

Cell phone (Celular) \_\_\_\_\_ Relationship (Parentesco) \_\_\_\_\_

**Do you have any of these diseases?** (Padece alguna de estas enfermedades)

Diabetes: YES NO SINCE WHEN (Desde cuando): \_\_\_\_\_

TREATMENT (Tratamiento): \_\_\_\_\_

High Blood Pressure: (Hipertensión) YES NO SINCE WHEN (Desde cuando): \_\_\_\_\_

TREATMENT (Tratamiento): \_\_\_\_\_

Heart troubles: (Problemas del corazón) YES NO SINCE WHEN (Desde cuando): \_\_\_\_\_

TREATMENT (Tratamiento): \_\_\_\_\_

ALLERGIES (Alergias): YES NO

NAME ALLERGIES: \_\_\_\_\_

ANOTHER ILLNESS: (Algún otro padecimiento)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Additional family (Familia adicional).

1.- \_\_\_\_\_ 4.- \_\_\_\_\_

2.- \_\_\_\_\_ 5.- \_\_\_\_\_

3.- \_\_\_\_\_ 6.- \_\_\_\_\_

Signature of the owner (Firma del titular) \_\_\_\_\_ Date (Fecha) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_