Nombre de Paciente: _____ **Fecha de Nacimiento:**_____

Fecha de Visita:_____ **Razón por la Visita:** _____

HISTORIA MÉDICA

	SI	**NO**		**SI**	**NO**
Asma			Enfermedad de Tiroides		
Enfermedad del Corazón			Convulsiones		
Presión arterial alta			Hepatitis		
Diabetes			Depresión		
Problemas Respiratorio			Ansiedad		
Enfermedad del Riñón			Alto Nivel de Estrés		
Enfermedad del Hígado			Cáncer:		
Desorden Sanguíneo			Otro:		
Alcoholismo					

Alergias: □ Si □ Ninguno
En caso afirmativo, por favor especifique _____

_____

Medicamentos actuales: □ Si □ Ninguno
En caso afirmativo, por favor especifique _____

_____

HealthWorks FOR NORTHERN VIRGINIA

HISTORIA SOCIAL

Usted usas alguno de los siguientes: □ Alcohol □ Tabaco □ N/A

Ha tenido algún accidente recientemente: □ Si □ No
En caso afirmativo, por favor especifique _____

_____

Se ha caído recientemente: □ Si □ No
En caso afirmativo, por favor especifique _____

_____

Ha tenido alguna cirugía en el pasado: □ Si □ No
En caso afirmativo, por favor especifique _____

_____

Tienes una cirugía o procedimientos programados: □ Si □ Ninguno
En caso afirmativo, por favor especifique _____

_____

A tenido una colonoscopía en los últimos 12 meses: □ Si □ No
En caso afirmativo, por favor especifique _____

_____

Cualquier otra información que usted quisiera hacernos saber acerca de su historial médico:

_____

_____

PARA MUJERES

Ha tenido un prueba de Papanicolaou en los últimos 12 meses □ Si □ No
En caso afirmativo, por favor especifique _____

_____

Ha tenido un examen pélvico en los últimos 12 meses □ Si □ No
En caso afirmativo, por favor especifique _____

_____