

**LESLEY J. ANDERSON M.D.**  
**ROBERT J. PURCHASE M.D.**

- **MEDICAMENTOS:** anote los medicamentos que esta usando en este momento (puede utilizar el otro lado si necesita mas espacio):


- **ALERGIAS A MEDICAMENTOS:**

<p><b><u>FACTORES DE RIEGO</u></b></p> <input type="checkbox"/> Fumo diariamente <input type="checkbox"/> Fumo algunas veces <input type="checkbox"/> Fumo, pero no se cuanto <input type="checkbox"/> Nunca he fumado <input type="checkbox"/> Solía fumar, pero ya pare <input type="checkbox"/> No se si he fumado	<p><b><u>RAZA</u></b></p> <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Africano Americano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Desconocido	<p><b><u>ETNICIDAD</u></b></p> <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No-Hispano <input type="checkbox"/> Desconocido
--	--	--

Toma alcohol todos los días? Si / No	Hace ejercicios todos los días? Si / No	Toma bebidas con cafeína? Si / No
---	--	--------------------------------------

- **SALUD GENERAL:** marque si tiene historia medica de una de las siguientes condiciones

<input type="checkbox"/> Presión alta	<input type="checkbox"/> SIDA	<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Problemas de nariz o senos paranasales
<input type="checkbox"/> Ataque cardiaco / dolor en el pecho	<input type="checkbox"/> Cancer	<input type="checkbox"/> Herida grave	<input type="checkbox"/> Tuberculosis
<input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroides	<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Problemas neurológicos	<input type="checkbox"/> Perdida de peso / fiebre
<input type="checkbox"/> Problema de sangramiento	<input type="checkbox"/> Colesterol alto	<input type="checkbox"/> Problemas con anestesia	<input type="checkbox"/> Historia de abuso sexual
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Derrame cerebral	<input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar	<input type="checkbox"/> Marque si esta embarazada

Otras enfermedades: \_\_\_\_\_

- **HISTORIA DE CIRUGIAS:**

- **HISTORIA DE FAMILIA:** marque si en su familia hay historia medica de:

<input type="checkbox"/> Problemas de corazón	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Presión alta	<input type="checkbox"/> Colesterol alto
<input type="checkbox"/> Cancer de colon	<input type="checkbox"/> Cancer de mama	<input type="checkbox"/> Osteoporosis	<input type="checkbox"/> Derrame cerebral

Detalles: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Firma

\_\_\_\_\_ Fecha