

Denos informacion sobre las ultimas tres veces que ha estado hospitalizado o habia fuera paciente cirugia.

(1) Hospitalizacion/Cirugia

Fecha: _____ Lugar (Hospital): _____

Razon: _____

(2) Hospitalizacion/Cirugia

Fecha: _____ Lugar (Hospital): _____

Razon: _____

(3) Hospitalizacion/Cirugia

Fecha: _____ Lugar (Hospital): _____

Razon: _____

Solo Para Mujeres:

¿Cree que o estas embarazada? _____

Fecha del ultimo periodo menstrual: _____ Edad Comenzo ____ Occurre Cada ____ Dias

(Circulo Uno) Regular o Irregular

(Circulo Uno) Ligero / Medio / Pesado / Coagulos

¿Dolor? ____ Numero De Embarazos ____ Bebes Nacidos a Termino ____ Bebes Prematuros ____

Aborto Involuntario ____ Aborto ____ Edad Del Hijo(a) Mayor ____ Edad Del Hijo(a) Mas Joven ____

Ultima Prueba De Papanicolaou _____ (Circulo Uno) Normal o Anormal

Historia Familiar

	Viven Si/No	Edad	Enfermedades Principales
Padre	_____	_____	_____
Madre	_____	_____	_____
Hermano(a)	_____	_____	_____
Abuelo Paterna	_____	_____	_____
Abuela Paterna	_____	_____	_____
Abuelo Materna	_____	_____	_____
Abuela Materna	_____	_____	_____
Hijo(a)	_____	_____	_____