



Formulario de Antecedentes del Paciente

Por favor, especifique qué pariente (es decir, madre/padre, hermano/hermana, tía/tío, abuela/abuelo), al igual que maternal y paternal.

Nombre del Paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Género: _____

- Alergias? (Medicamentos, alimentos, animales, etc.) _____

- Alguien de su familia consume tabaco? Si _____ No _____ Adentro/Afuera de casa? _____
- Ha tenido el paciente hospitalizaciones o cirugías? _____

- Asma - Si _____ No _____ Relación _____
- Diabetes - Si _____ No _____ Relación _____
- Alta presión - Si _____ No _____ Relación _____
- High cholesterol - Si _____ No _____ Relación _____
- Enfermedad cardíaca congénita - Si _____ No _____ Relación _____
- Muerte repentina cardíaca antes de la edad de 50 - Si _____ No _____ Relación _____
- Derrame cerebral - Si _____ No _____ Relación _____
- Cáncer - Si _____ No _____ Relación _____
- Problemas de salud mental - Si _____ No _____ Relación _____
- Abuso de alcohol o drogas - Si _____ No _____ Relación _____
- Otros antecedentes familiares pertinentes? _____

Firma de Padre o Guardián _____ Fecha _____