

Toda la información es estrictamente confidencial

**HISTORIA FAMILIAR** Complete la información de salud sobre su familia.

Relación	Edad	Estado de Salud	Edad a la Muerte	Causa de la Muerte	Marque con un tilde (x) si sus familiares consanguíneos han tenido algunas de las siguientes enfermedades. Parentesco on Ud.	
Padre					Artritis, Gota	
Madre					Asma, Fiebre del Heno	
Hermanos					Cáncer	
					Drogadicción	
					Diabetes	
					Cardiopatías, Embolia Cerebral	
Hermanas					Presión Sanguínea Alta	
					Enfermedad del Riñón	
					Tuberculosis	
					Otras	

**HOSPITALIZACIONES**

Año	Hospital	Motivo de la Hospitalización y Resultado

**HISTORIA SOBRE EMBARAZOS**

Año de Nacimientos	Sexo del Nacimiento	Complicaciones, si las hubo

**HÁBITOS DE SALUD** Marque con un tilde (✓) las sustancias Ud. usa, y describa cuánto.

	Cafeína	
	Tobaco	
	Drogas	
	Otras	

¿Ha tenido Ud. alguna vez una transfusión de sangre?  Sí  No  
 Si la respuesta es afirmativa, dar fechas aproximadas. \_\_\_\_\_

ENFERMEDADES/LESIONES SERIAS	FECHA	RESULTADO

**INQUIETUDES RELACIONADOS CON EL TRABAJO**  
 Marque con un tilde (✓) si su trabajo lo expone Ud. a alguna de las siguientes condiciones:

	Estrés
	Sustancias Peligrosas
	Levantamiento de Objetos Pesados
	Otras
Su ocupación: _____	

Certifico que la información incluída arriba es correcta, a mi leal saber y entender. Yo no haré responsable ni a mi doctor ni a ningún integrante de su personal por errores u omisiones que yo pueda haber cometido al llenar este formulario.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Revisado Por

\_\_\_\_\_  
Fecha