

18. ¿Tiene alguna enfermedad, afección crónica o problema que no esté en la lista de arriba?? Si No

If so, explain _____

19. Cirugías realizadas: Fechas:

20. Pruebas de sangre realizada: Tipo: Cuando:

21. Otras Pruebas realizadas: Tipo: Cuando:

22. Colonoscopia: Si No Cuando: Medico:

Historia Social

23. Fuma o usa otro tipo de Tabaco: Si No Paquetes por Día: No. de Años

24. Alcohol: Si No Tipo: Cantidad:

25. Drogas: Si No Tipo:

26. Vaporizar o Cigarillos Electronicos: Si No Tipo:

27. Ocupacion: _____

HISTORIA DE EMPLEO

27. Empleo actual o reciente en alguna de estas ocupaciones: Acero / Hierro /Metal Pintura Pintor Bombero
Barbero/Peluquero Conductor de Bus/Camión Fontanero Carpinteria/Construccion Industria aeronáutica /
aeroespacial Produccion Coca Astillero Soldadura Calderero Electricista Albañil

28. Ha viajado fuera del país recientemente? Si No Y si es Si, Cuando Donde

NECESIDADES DE APRENDIZAJE

29. ¿Con qué frecuencia necesita que alguien lo ayude cuando lea las instrucciones, folletos u otro material escrito de su médico o farmacia?
(circule uno) Siempre A menudo Algunas veces Nunca

MUJERES

30. Esta usted embarazada? Si No No. de Embarazo No.de nacimientos vivos

31. ¿Tienes algún problema asociado con tu periodo menstrual?? Si No
El ultimo periodo Menstrual

32. Mamograma Si No Cuando /Donde

33. Examen de Papanicolau Si No Cuando /Donde

HISTORIAL MEDICO FAMILIAR

	PADRE	MADRE	FAMILIAS DEL PADRE	FAMILIAS DE LA MADRE	HERMANOS	HIJOS
Colesterol Alto	<input type="checkbox"/>					
Enfermedad del Corazon	<input type="checkbox"/>					
Presión Alta	<input type="checkbox"/>					
Derrame cerebral	<input type="checkbox"/>					
Cancer	<input type="checkbox"/>					
Glaucoma	<input type="checkbox"/>					
Diabetes	<input type="checkbox"/>					
Epilepsia / Convulsiones	<input type="checkbox"/>					
Sangrado desordenado	<input type="checkbox"/>					
Enfermedad de Riñones	<input type="checkbox"/>					
Enfermedad de Tiroides	<input type="checkbox"/>					
Enfermedad Mental	<input type="checkbox"/>					
Osteoporosis	<input type="checkbox"/>					
Asma	<input type="checkbox"/>					
Alcoholismo	<input type="checkbox"/>					

Certifico que he leído y entendido lo anterior y que he proporcionado información completa según mi leal saber y entender..

Representante de ACMS

Firma del paciente