

Tu Historia Medica: Por favor conteste toda las preguntas.

Nombre: _____ Fecha: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Sexo : M o F

Razón de la Cita: _____

Cuando fue sú u'ltimo colonoscopia _____ ultima Endoscopia _____

Historia de sirugias :

Alergias:

Historia Medica:

- Alergias
- Colesterol Alto
- Problemas al tragar
- Enfermedad de Hígado
- Enfermedad Cardiaca
- Fatiga
- Alcoholismo
- Pólipos
- Presion Alta
- Sangre en fecal
- Dolor abdominal
- Dolor en el Pecho
- Mal Respiratorio
- Ulceras
- Asma
- Ataques al Corazón
- Anemia
- SIDA (HIV)
- Ardor de estomago acidez
- Problemas de la vesícula
- Hepatitis
- Diabetes
- Otro problema _____

<u>Historia de familia :</u>	Papá	Mamá	Abuelos	Hijos
<u>Presion Alta</u>				
<u>Diabetes</u>				
<u>Cáncer</u>				
<u>Cáncer de colon</u> <u>/pólipos</u>				
<u>Asma</u>				
<u>Enfermedad Cardiaca</u>				
<u>Ulceras</u>				

Para Mujeres: Embarazada? Si o No
Ultima Mentrución : _____
Histerectomía? Sí Fecha _____

Hábitos

- Fuma: Caja al día: _____
Cuantos años? _____
- Café/Caffeina: Vasos por día _____
- Alcohol :
Tipo : _____ Cantidad : _____
- Contactos con Sangre

Tienes un Testamento?
Si o No
(por favor circulo)

Medicinas Recientes	Dosis Frecuencia