



301 LINVILLE STREET
P.O. BOX 837
GLEN ALPINE, NC 28628

Historia del Paciente

Nombre _____ Fecha _____

Por favor llene la siguiente informacion sobre su historia familiar:

Vive? Pariente Edad o a que edad murio Problemas de salud o causa de muerte

_____ Padre _____
_____ Madre _____
_____ Hermana _____
_____ Hermano _____
_____ Abuelos _____
_____ Hijo _____
_____ Hija _____

Otra historia Familiar? _____

Con quien vive usted? _____

Estado Civil _____

Educacion _____

Ocupacion _____

Usted Fuma? _____ no _____ si Cuantos paquetes al dia _____

Usted toma café, te, o bebidas con cafeina? _____ no _____ si Cuantos al dia? _____

Ud. bebe alcohol? _____ no _____ si Cuanto al dia? _____

Ud.toma drogas? _____ no _____ si

Ud. hace ejercicio? _____ no _____ si

Ud. es activo (a) sexualmente? _____ no _____ si

Ud. lleva una dieta especial en sus alimentos? _____ no _____ si C Que clase? _____

Ud. usa su cinturon de seguridad? _____ no _____ si

Hay armas de fuego en su casa? _____ no _____ si

Cuales son sus pasatiempos? _____

Tiene todas sus vacunas? _____ no _____ si _____ C Ud. no sabe

Ud. tiene lo suficiente para vivir? _____ no _____ si

Es ud. un donador de organos? _____ no _____ si

Ud. ha sido hospitalizado o ha tenido alguna operacion (cirugia)? _____ no _____ si

Si Su respuesto es si, anotela en la linea.

Fecha Razon de la hospitalizacion/operacion
