

INFORMACION DE SALUD

Nombre de su medico _____ # telefonico _____ Fecha de su ultimo fisico _____
 alguna vez a tomado la droga llamada "fen-phen"? Esto incluye la combinacion de de Lominin, Adipex, medicamentos que contienen la droga Phentermine, Podimin (feburamine) o Redux (Dexfenfluramine)

Porfavor marque "SI" o "NO" para indicar si alguna vez a sufrido de lo siguiente:

Anemia	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Marcaapso	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Irritacion de la piel	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Sida/VIH	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Epilepsia	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Diabetes	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Artritis Reumatica	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Mareos o desmayos	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Infarto	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Valvulas artificiales del corazon	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Glaucoma	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Inchason de los pies/tobillos	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Aparatos prosteticos	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Dolores de cabeza	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Glandulas de la garganta inchadas	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Asma	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Sople del corazon	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Problemas de la tiroide	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Problemas con su espalda	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	hepatitis tipo _____	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Anginas	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Sangrado anormal (Extracciones/cirugia)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Herpes	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Tuberculosis	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Desorden de la sangre.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Presion alta/baja	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Tumores en la Gardanta/cabesa	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Cancer	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	problemas de los rinones	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Ulceras	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Dependencia quimica	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	problemas del igado	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Enfermedades venerias	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Chimoterapia	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Sufre de nervios	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Perdida de peso repentina	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Problemas circulatorios	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Tratamiento siquiatico	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Transfusin de sangre	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Lesiones al corazon	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Respiracion corta	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Tratamiento de radiacion	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Tratamientos de cortisona	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Problemas respiratorios	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Emphezima	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Fiebre o corazon reumatica	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Toz percistente o con sangre	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Sinusitis	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

Usa Lentes de contacto SI NO

Mujeres:

Esta embarazada SI NO Fecha de nacimiento _____ Esta amamantando SI NO Toma anticonceptivos orales SI NO

MEDICACIONES

Nombre se su farmacia _____ # telefonico _____ Locacion _____

Lista de medicamentos que esta usando en estos momentos:

ALERGIAS

Penicilina Latex Codeina Anestecia local Drogas de sulfa Aspirina Pastillas para dormir

Otras _____

Yo certifico que esta informacion es correcta Y si hay algun cambio soy responsable por notificarles.

Paciente/Padre _____ Fecha _____

Dotor _____ Fecha _____

CAMBIOS

A tenido cambios en su historia medica des de su ultima visita co el dentista SI NO

Que cambios: _____

Esta tomando algun nuevo medicamento: _____

Paciente/Padre _____ Fecha _____

Dotor _____ Fecha _____