ARTHRITIS & RHEUMATIC CARE CENTER

Jaime A. Pachon, M.D. Margarita R. Garces, M.D. Patricia M. Mueller, M.D. Nombre Edad Fecha Referido por ENFERMEDADES MÉDICAS (Por favor, marque si usted ha tenido alguna de las siguientes enfermedades, y enumere otras enfermedades.) ☐ Artritis ☐ Enfermedades de higado, Hepatitis ☐ Enfermedades de pulmones □ Cancer (¿donde?____ □ Diabetes ☐ Trombosis cerebral ☐ Enfermedades cardiacas ☐ Enfermedad de tiroides ☐ Presión elevada ☐ Ulceras de estómago/duodeno ☐ Enfermedades de riñones HOSPITALIZACIONES Y CIRUGIAS (Enumere cualquier enfermedad y/o cirugía personal pasada y fecha.) HISTORIAL MÉDICO HISTORIAL MÉDICO Enumere cualquier enfermedade serias en su familia. (Ejemplo: diabetes, tuberculosis, cáncer de seno, enfermedades cardiacas, etc.) Padre Madre Hermanos/ Hermanas Hijos/hijas Cuantos hijos/hijas en total # Edades _____ **HISTORIAL SOCIAL PASADO** ¿Fuma Ud.? Sí Sí No Si SÍ, ¿Qué cantidad?___ ¿Bebe Ud.? ☐ Sí ☐ No Si SÍ, ¿Qué cantidad?_____ **MEDICAMENTOS QUE USTED TOMA** (incluya pildoras anticonceptivas, vitaminas y otros medicamentos que no requieren prescripcion) **ALERGIAS A LAS MEDICINAS** (Explique)