

# Historial Médico

Today's Date

Patient Name:

## Información General

1. ¿Es esta lesión relacionada con?  Trabajo  Accidente de Auto  Otro Responsable/Demanda Potencial  No Aplica

2. ¿Tiene un médico de atención / Médico de Familia Primario?  No  Sí

En caso afirmativo, ¿ha tenido una cita con él / ella en los últimos 12 meses?  No  Sí

3. Raza / Etnicidad (Por favor, seleccione uno):

Hispano o Latino Origen

No Hispano

Asiat Asiático o del Pacífico

(incluye Mexicano, Cubano, Puertorriqueño,  
y otra Latinoamericana y Españoles)

Africano América

Nativos Americanos, Esquimales o Aleutianas

Caucasiano (White)

Otro  Declinado

Si usted es un beneficiario de Medicare, usted está obligado por Medicare para responder a la siguiente pregunta.

4. ¿Consumo usted más de 7 bebidas alcohólicas a la semana?  No  Sí

Por favor marque una caja Para cada artículo	No	Sí menos de un año	Sí más de un año	Sin respuesta / no válido	Por favor marque una caja Para cada artículo	No	Sí menos de un año	Sí más de un año	Sin respuesta / no válido
Fumar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	disfunción sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de la vejiga / intestino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Condición del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	adormecimiento en la ingle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presión arterial alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Arthritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor de pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Osteoporosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ataque fulminante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Condición psicológica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Condición de riñón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coágulo de sangre / trombosis venosa profunda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mareos / desmayos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Implantes metálicos / marcapasos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zumbido en los oídos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dificultades respiratorias / asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alergia al látex (guantes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otras alergias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dificultad para deglutir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesión en la cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Circulación / problemas vasculares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Obesidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
neuropatía periférica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor crónicos / fibro / dolor de cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inexplicable pérdida de peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fracturas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Visión doble	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	infección	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sudores nocturnos / dolores nocturno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiebre / náuseas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					¿Está embarazada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	No	Sí	En caso afirmativo, especifique la condición
Enfermedades de Infecciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Condición neurológica (MS / Parkinson)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Condición de Desarrollo Pediátrico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Enfermedad De La Piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lesión de médula espinal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Enfermedad degenerativa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Espinal <input type="checkbox"/> Extremidad Superior <input type="checkbox"/> Extremidad Inferior

