

47) ¿CUALQUIER OTRA CONDICIÓN MÉDICA NO MENCIONADA ANTERIORMENTE? _____

48) ¿HA ESTADO HOSPITALIZADO EN EL ÚLTIMO AÑO? ¿PARA QUÉ LE TRATARO? _____

49) ¿HA TENIDO UNA REACCIÓN FUERA DEL NORMAL O ALÉRGICA CON CUALQUIERA DE LO SIGUIENTE:?

<input type="checkbox"/> ANESTÉSICO LOCAL	<input type="checkbox"/> CODEÍNA
<input type="checkbox"/> PENICILINA	<input type="checkbox"/> NARCÓTICOS
<input type="checkbox"/> DROGAS DE SULFA	<input type="checkbox"/> CAUCHO DEL LÁTEX
<input type="checkbox"/> ASPIRINA	<input type="checkbox"/> METALES
<input type="checkbox"/> OTRAS _____	

50) FAVOR DE HACER UNA LISTA DE TODAS LAS MEDICACIONES QUE ACTUALMENTE ESTÁ USANDO:
(INCLUYENDO LAS MEDICACIONES SIN PRESCRIPCIÓN, O SUPLEMENTALES, O HERBARIAS)

NOMBRE	DOSIFICACIÓN	ruta de la toma	CONDICIÓN MÉDICA

51) USO DEL TABACO

CIGARILLOS

DEJÓ DE USAR: FECHA _____

NUNCA

FUMA ACTUALMENTE: PAQUETES/DÍA _____ # DE AÑOS _____

OTRO TABACO: PIPA _____ CIGARRO _____ SNUFF _____ CHEW _____ PLANTA DEL BETEL _____

¿LE INTERESA DEJAR EL HÁBITO? NO _____ SÍ _____

52) USO DEL ALCOHOL

¿TOMA ALCOHOL USTED? _____ SÍ _____ NO _____ # BEBIDAS/SEMANA _____

53) USO DE LAS DROGAS

¿USA USTED ALGUNA DROGA RECREATIVA? _____ SÍ _____ NO _____

¿HA USADO AGUJAS? _____ SÍ _____ NO _____

54) ¿SE SIENTE SEGURO/A EN CASA? _____ SÍ _____ NO _____

55) ¿TIENE USTED ACCESO AL TRATAMIENTO MÉDICO?

NOMBRE DE LA PRÁCTICA: _____

NOMBRE DEL MÉDICO: _____ TELÉFONO: _____

56) ¿HA TENIDO USTED UNA EVALUACIÓN PARA LO SIGUIENTE:?

CÁNCER DE COLON (SI TIENE MÁS DE 50 AÑOS)S	N
CÁNCER DE PECHO (SI TIENE MÁS DE 40 AÑOS)S	N
PRESIÓN ARTERIALS	N
COLESTEROL/LÍPIDOS (SI TIENE MÁS DE 35 AÑOS)S	N
INMUNIZACIONES (VACUNAS CONTRA LA GRIPE, PULMONÍA)S	N

57) PESO _____ ALTURA _____

YO CERTIFICO QUE TODA LA INFORMACIÓN QUE YO HE DADO ES CORRECTA SEGÚN MI SABER.

FIRMA DEL PACIENTE _____ FECHA _____