



Historial Medico (Marque las que le califiquen)		
Alta Presión Colesterol Alto Soplo Cardiaco Insuficiencia Cardiaca Enfisema Coágulos Venosos Enfermedad arterial del corazón Derrame Cerebral, fecha(s): _____	Ansiedad/Depresión Asma Problemas de Toroide Diabetes Anemia Insuficiencia Renal (Diálisis) Osteoporosis Hemorroides Araque de corazón, fecha(s) _____	Hepatitis C HIV Artritis Convulsiones Piedras en los riñones Tuberculosis Cáncer: (especifique) _____ Otro _____

Historial de Cirugías (Marque las que le califiquen)			
Procedimiento	Fecha(s)	Procedimiento	Fecha(s)
Cirugía de Vesícula		Cirugía de Apéndice	
Bypass Gástrico		Reparación de Hernia	
Cirugía de Bypass de Corazón		Stent Cardiaco	
Colocación de Marcapasos		Cirugía de Anginas	
Válvula Cardíaca Artificial		Reemplazo de Rodilla	
Reemplazo de Cadera		Cesárea	
Cirugía de Matriz		Cataratas: Derecha Izquierda	
Cirugía de Pecho:		<b>Otras Cirugías:</b>	