



Midwest Health Partners, P.C.
Family Medicine & Convenient Clinic
 1410 North 13th St. Norfolk, NE 68702
 Teléfono: 402-371-0123 Fax: 402-371-5360

Información de Salud

Nombre Del Paciente: _____ Edad: _____ Fecha De Nacimiento: _____

Médico de Familia: _____ Quién te refirió aquí? _____

Enumere Actual y Pasado:

Cirugías: _____

Hospitalizaciones: _____

Alergias a Medicamentos: _____

Alergia al Latex? Si ___ No ___ Estás embarazada? Si ___ No ___

Indique quién en su familia inmediata ha tenido alguna de las siguientes condiciones:

Cancer _____ Diabetes _____

Problemas del Corazón _____ Alta Presión Sanguínea _____

Enfermedad del Riñon _____ Mental / Emocional _____

Derrame Cerebral _____ Artritis _____

Marque Sí o No si ha tenido alguno de los siguientes en el último año.

Si	No	Problema	Explique	Si	No	Problema	Explique
___	___	Dolor de Pecho	_____	___	___	Fibromialgia	_____
___	___	Problemas del Corazon	_____	___	___	Calambres / Sitio	_____
___	___	Prolapso de la Válvula Mitral	_____	___	___	Entumecimiento / Sitio	_____
___	___	Alta Presión Sanguínea	_____	___	___	Tiroides	_____
___	___	Colesterol Alto	_____	___	___	Diabetes	_____
___	___	Circulación	_____	___	___	Problemas Pulmonares	_____
___	___	Tendencia a Sangrar	_____	___	___	Asma, Emfisema, EPOC	_____
___	___	Derrame Cerebral / AIT	_____	___	___	Hígado / Vesícula Biliar	_____
___	___	Hinchazón / Sitio	_____	___	___	Riñón / Describir	_____
___	___	Trastornos Convulsivos	_____	___	___	VIH Positivo	_____
___	___	Pérdida de Peso/Aumento	_____	___	___	Piel / Describir	_____
___	___	Problemas Estomacales	_____	___	___	Beber Alcohol	_____
___	___	Anemia	_____	___	___	Consumo de Tabaco / Tipo / Cantidad	_____
___	___	Gota / Sitio	_____	___	___	Drogas Ilegales	_____
___	___	Dolor de Espalda	_____	___	___	Cancer	_____
___	___	Artritis / Sitio	_____	___	___	Otro	_____

Firma: _____ Fecha: _____