

Allergy and Asthma Center of the Rockies

INFORMACION MEDICAL

Nombre:		Fecha de Nacimiento:						
Farmacia:								
Lista de medicamentos que estas tomando, incluye medicinas recetadas y las de venta libre.								
1.		6.						
2.		7.						
3.		8.						
4.		9.						
5.		10.						
Lista de las alergias que tiene de los medicamentos, comidas, mosquito, abeja, o avispa y la reaccion.								
1.								
2.								
3.								
4.								
Lista medica de problemas medicos o diagnosis enfermedades medicas.								
1.								
2.								
3.								
4.								
Lista de visitas al hospital o emergencia.								
Año	Sirugias	Visitas de Emergencia	Hospitalizacion mas de 24 hrs.					
Prebas de alergia anteriores.								
Año:	Que typo de preba:	Inyecciones de Alergia: Si o No # Años:	Otras Terapias:					
Medicamentos que has tratado y no ayudan:								
Historia Familiar: Porfavor marca miembros de familia								
	Madre	Padre	Hermanos	Hermanas	Abuela M.	Abuelo M.	Abuela P.	Abuelo P.
Allergias								
Artritis								
Asthma								
Cancer								
COPD								
Diabetes								
Eczema								
Ataque Cardiaco								
Hypertencion								
IBS/Colitis								
Migrañas								
Acides								
Thyriodes								
Otros:								
Su Salud:								
¿Bebes alcohol? Si No ¿Que Clase?			¿Fumas? Pasado Presente Nunca			Cigarros: #/dia		
¿Cuantos tragos por semana?			Tabaco: #/dia Puros: #/dia					
¿Usas drogas de la calle? Si No			¿Estas expuesto a humo de segunda mano?					
Occupacion:			Ejercicio:			Minutos a la semana:		
Estado Civil:			Typo:					