

HISTORIAL SOCIAL

Casado Soltero Viudo(a) Divorciado

Tiene Niños? Yes No ¿Cuántos?: _____ ¿Tiene Ud Custodia? Si No

Ocupación: _____ Retirado

Discapacitado Porque?: _____

El consume de Tabaco: Nunca Dejé de Fumar (fecha) _____ Todavía fumo: cigarrilos mastico cigarros Pipe

¿Cuánto usa o usaba cada día? ½ paquete/latas 1 paquete/latas 2 paquete/latas Mas

¿Por cuantos años ha fumado? _____

Uso de Alcohol: Nunca **(1 taza de licor, 1 taza de vino or 1 botella de cerveza)**

Deje de usar fecha Menos de 1 vaso/mes 1-15 vasos/semanal Mas de 2 vasos al dia

Usa de Drogas: Si No Deje de usar (fecha): _____ si usa todovia – que usas? _____

Ha tenido prueba de VIH-SIDA: Si No ¿Cuándo – y dónde? _____

MANTENIMIENTO

Usa Cinturones de Seguridad? Siempre A veces Nunca

¿Ha ido al Dentista durante el año pasado? Si No

Fecha de su última Colonoscopia: _____ Fecha de su ultima vacuna de neumonia: _____

Fecha de su Vacuna de tetanus: _____ Fecha de su ultima vacuna de herpes: _____

Fecha de su Vacuna de gripe: _____ Fecha de su ultima Examen de los ojos: _____

MUJERES SOLAMENTE:

Fecha de su ultima mamograma: _____ Numero de Embarazo: _____

Fecha de su ultima papanicola? _____

CURRENT MEDICATIONS *If you need more lines, please request another form.

None

Nombre de las Medicinas	(mg)	Con que frecuencia	Razon por la Medicina

TIENA UD UNA DIRECTIVE AVANZADA

Tiene una directiva? Si No *Favor de darnos una copia.

Me gustaria tener mas informacion sobre eso? Si No

Nombre de la persona llenando esta forma: _____ Firma del Paciente: _____