

Quail Ridge Family Practice

ACTUALIZACIÓN DE ADULTOS HISTORIA DE SALUD – ESTABLECIDO PACIENTES

Mark C Hudson, DO, FAAFP

Fecha: _____

1 Médicos Park - El Cairo, GA 39828

Nombre del Paciente: _____

Teléfono 229-378-8110 / Fax 229-378-8109

Fecha de nacimiento: _____

MEDICAMENTOS ACTUALES

MEDICAMENTOS	DOSIS	# DE VECES POR DÍA

Más de los medicamentos

MEDICAMENTOS	DOSIS	# DE VECES POR DÍA

Alergias a los medicamentos / SENSIBILIDADES

MEDICAMENTOS	REACCIÓN

**** Por favor, actualice la información en las secciones siguientes si ha habido algún cambio en el último año desde su última visita.**

FECHA	CONDICIONES MÉDICAS
FECHA	Cirugías recientes
FECHA	HOSPITALIZACIONES RECIENTES

HISTORIA DE SALUD PARA ADULTOS DE ACTUALIZACIÓN - ESTABLECIDO PACIENTES

Page 2

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

HISTORIA FAMILIAR**** Por favor, tenga en cuenta los cambios en el último año.**

MIEMBRO DE LA FAMILIA	Vivo / Fallecido	EDAD	PROBLEMA DE SALUD (S)
Padre			
Madre			
Hermanos			
Hermanas			
Niños			
Otro			

FECHA	VACUNAS RECIBIDAS EN OTRA PARTE	MEDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA - Mark Hudson, DO
		Otros médicos que usted ha visto -

Reacciones a la anestesia: SI NO

Problemas de sangrado: SI NO

VOLUNTAD DE VIVIENDA: SI NO ** Hable con el Dr. Hudson si usted tiene alguna pregunta.

HISTORIA SOCIAL

¿Se ha detenido o iniciarse en el uso del tabaco? Sí No

¿Cuántos paquetes / día _____

¿Está expuesto al humo de segunda mano? Sí No

¿Bebe alcohol? Si No ¿Con qué frecuencia? _____

¿Utiliza alguna droga? Sí No

¿Es usted bebe cafeína? Sí No

Ocupación _____ tiempo completo / tiempo parcial

Cambio de estado civil? Sí No Explique: _____

¿Ha viajado fuera de los Estados Unidos en el último año? Sí No

Firma del paciente o representante legal_____
Fecha