

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