



Pacific Medical Clinic

1534 East Warner Avenue, Suite A
Santa Ana, CA 92705

QUESTIONARIO DE SALUD

FECHA: ____/____/____

1. **IMPRIMA SU NOMBRE:** _____
Primer Nombre Segundo Nombre Apellido

2. **TELÉFONO DE CASA:** (____) _____ **TELÉFONO CELULAR:** (____) _____

HISTORIAL DE SALUD

3. CIRUGÍAS PREVIAS: _____NINGUNA
 Indique cualquier cirugía previa que haiga tenido y la edad que tenía. (Incluya operaciones menores como extirpación de amígdalas, tumores, etc.):

4. LESIONES O ACCIDENTES: _____NINGUNA
 Indique cualquier accidente o lesión seria y la edad que tenía:

5. ENFERMEDADES O HOSPITALIZACIONES: _____NINGUNA
 Indique cualquier enfermedad o hospitalizaciones serias y la edad que tenía:

6. HERIDAS O PROBLEMAS DE EL CUELLO/ESPALDA: _____NINGUNA
 Indique cualquier herida a la espalda o cuello y aproximadamente la edad que tenía, indique también cualquier molestia o dolor persistente o recurrente:

7. DEPORTES: _____NINGUNO
 Indique cualquier deporte que practique:

CONTESTE TODAS LAS PREGUNTAS

Esta forma es solo valida con Formulario Medico de Consentimiento. Esta informacion es solo para uso oficial, medico confidencial solamente.

SI	NO		EXPLICACION
		Alergias o problemas con sinusitis	
		Dermatosis	
		Lesiones a las cabeza, cuello o espalda	
		Ataques epilépticos, convulsiones o desmayos	
		Mareos o Dolores de cabeza frecuentes	
		Problemas de los ojos o visión	
		Irregularidad o problemas de los oídos	
		Problemas cardiovasculares y de circulación	
		Enfermedades de los pulmones (Asma o Tuberculosis)	
		Indigestiones frecuentes, estomago nervioso	
		Diabetes o problemas con la tiroides	
		Enfermedad de la vesícula biliar o intestinal	
		Enfermedades de los riñones (cálculos renales o sangre en la orina)	
		Enfermedades del hígado (Hepatitis o cirrosis)	
		Infecciones de la vejiga	
		Dolores crónico de la espalda o coyunturas; artritis	
		Cancer	
		Compensación monetaria por enfermedades o accidentes relacionados con el trabajo	
		Defecto permanente	
		Problema psiquiátricos o mentales	
		Miedo a las aturas o fobias	
		Cualquier otro problema nervioso	
		Abuso de alcohol o drogas y/o tratamiento	
		¿Fuma usted? Y si, cuánto?	
		Sífilis o gonorrea	
		Fiebre reumática	
		A tenido enfermedades graves en los pasados 5 años	
		A tenido operaciones en los pasados 5 años	
		Está tomando medicinas. Y sí. Liste >>>>>>>>>>	
		¿Cualquier cosa que le impida realizar este trabajo?	