

Chico Immediate Care, Inc.

Historia de Salud Comprensiva

Nombre:	Fecha de nacimiento:	Fecha:
----------------	-----------------------------	---------------

GENERAL

LUGAR DONDE NACIO	EDUCACION	FECHA DE ULTIMO EXAMEN DE OJOS;	FECHA DE ULTIMA VACCUNA GRIPA:	FECHA DE ULTIMA VACCUNA DE NEUMONIA
ESTADO DE RELACION	OCUPACION	FECHA DE ULTIMO EXAMEN DENTAL	FECHA DE ULTIMA MAMOGRAMA	FECHA DE ULTIMA COLONOSCOPIA
EL NOMBRE DE SU DOCTOR(A) PRIMARIO:	ULTIMO PAPANICOLAO O EXAMEN DE PROSTATA:		ULTIMA PRUEBA DE DENSIDAD DE HUESO:	
NOTE TODAS ENFERMEDADES SERIAS Y/O HOSPITALIZACION Y LA FECHA O AÑO. <input type="checkbox"/> NINGUNO			VACUNAS/ FECHA	
			PERTUSIS:	HEPATITIS A/
			TETANOS	HEPATITIS B/
				HERPES GARDISIL
>			NOTE TODAS LAS SIRUJIAS, LESIONES Y FRACTURAS QUE A TENIDO Y EL AÑO. <input type="checkbox"/> NINGUNAS	
>				
>				
>				
>				
>				
>				
>				

MEDICAMIENTOS RECETADOS (INCLUYA LA DOSIS Y FRECUENCIA) NINGUNOS

MEDICAMIENTOS DE VENTA LIBRE Y VITAMINAS NINGUNOS

ALERGIAS DE MEDICAMENTO O EN GENERAL NINGUNAS

	ALERGIAS DE MEDICAMENTO ¿ TIPO DE REACCION?	OTRAS ALERGIAS: COMIDAS, ANIMALES, POLENS, ETC..