



Questionario para el Paciente

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_/\_\_/\_\_

Sexo: M F    Cuanto mide: \_\_\_\_pies \_\_\_\_pulgadas    Peso: \_\_\_\_lbs.    Pression: \_\_\_\_/\_\_\_\_ (si sabe)

Raza (circule uno):

- Indigeno Americano o Nativo de Alaska
- Asiatico
- Negro o Afro-Americano
- Blanco
- Otro
- Respuesta Negada

Estatus de fumar (circule uno):

- Corriente, todos los dias
- Corriente, algunos dias
- Nunca he fumado
- Fumador en el pasado
- Estatus corriente desconocido
- Desconocido si nunca ha fumado

Ethnicidad (circule uno):

- Hispano o Latino
- No Hispano o Latino
- Respuesta Negada

Lenguage Preferido (circule uno):

- Ingles
- Espanol
- Otro

Condiciones medicas Corrientes diagnosticadas por un medico (por ejemplo, presion alta, diabetes, etc. Si ninguna condicion, por favor indique ninguna):

---



---



---



---



---



---

Medicamentos Corrientes (puede attachar una lista separada. Si ningun medicamento, por favor indique ninguna):

---



---



---



---



---



---

Alergias a medicamentos, cuales (si niguna alergia, por favor indique ninguna):

---



---



---



---