

Vacunas	
Tipo	Fecha

Historia familiar

Miembro de la Familia

Asma	
Cancer	
Diabetes	
Infarto	
Presión arterial alta	
Colesterol alto	
Nefropatía	
Golpe	
Enfermedad de la tiroides	
Difunto:	

Historia social

Consumo de tabaco? _____ ¿Cuánto?¿ _____ How largo? _____

Consumo de alcohol _____ How _____ Beer/Vino/Licor fuerte

ejercicio? _____

Uso de drogas ilícitas? __