

Por favor de la vuelta una página y complete el resto del cuestionario. Gracias.

Por favor describa cualquier problema que ha tenido alguna vez con alguno de los temas que se enumeran:	Utilice esta columna para describir los detalles de SU Corriente y pasados Historial Médico	Utilice esta columna para describir los detalles de su FAMILIA Historia médica
PIEL, PELO, UNAS, LOS DIENTES Usa dentadura ostiza? S N		
OJOS, OIDOS, NARIZ, GARGANTA Gafas S N Usa audífono vasos S N		
¿PROBLEMAS DEL CORAZÓN? ¿Ha tenido un ataque al corazón? S N ¿Tiene el colesterol alto? S N Alta presión san uínea? S N		Alguien de su familia ha tenido un ataque al corazón? S N
PROBLEMAS CON LOS PULMONES/RESPIRACIÓN? ¿Fuma / o ha fumado alguna vez?		
¿PROBLEMAS ESTOMACALES?		
PROBLEMAS DEL HÍGADO/PÁNCREAS?		
¿PROBLEMAS INTESTINALES?		
¿PROBLEMAS DE RIÑÓN?		
PROBLEMAS DE LA VEJIGA?	EL ESCAPE DE ORINA? s	
¿DOLOR DE ESPALDA / LESIÓN?		
¿ARTRITIS [PROBLEMAS EN LAS ARTICULACIONES?		
¿DEBILIDAD?		
¿Alguna vez ha tenido un accidente cerebrovascular? S N • Ha tenido convulsiones? S N		
Problemas de anemia / sangrado?		
¿CANCER?		