



Occupational Medicine • Family Practice • Travel Medicine • Preventive Medicine • Wellness Center

HISTORIA DE SALUD:

HISTORIA DE HOSPITALISACION/ OPERACIONES:

ENFERMEDADES/ ACCIDENTES: (POR FAVOR DE CONTESTAR SI HA TENIDO O ESTAN PRESENTES EN SU FAMILIA)

ENFERMEDADES/ACCIDENTES	SI	NO	ENFERMEDADES/ACCIDENTES	SI	NO	SI LAS HA TENIDO, EXPLIQUE
ALTA PRESION			ENFERMEDADES VENEREAS			
DIABETES			ENFERMEDAD DEL CORAZON			
DESMAYOS			HEPATITIS			
ULCERAS PEPTICAS			APENDICITIS			
ATAQUES AL CORAZON			PROBLEMAS DE PULMONES			
DOLOR DE PECHO			PROBLEMAS ESTOMACALES			
CORTA RESPIRACION			PROBLEMAS DE TIROIDES			
EMBOLIOS			ENFERMEDADES DE NINES			
CANCER			ASMA			
ANEMIA			PROBLEMAS MUSCULARES			
ALERGIAS			HUESOS QUEBRADOS			
PIEDRAS EN LOS RINONES			DESHABILITACIONES			
DEPRESION/ ANSIEDAD			PERDIDA DE DEDOS/PIES			

PROBLEMA PRESENTE EL DIA DE HOY:

PASATIEMPOS PERSONALES:

PASATIEMPOS	SI	NO	
TIENE MASCOTAS?			QUE TIPO?
TIENE PASATIEMPOS?			QUE TIPO:
SU TRABAJO, PONE EN RIESGO SU SALUD?			EXPLIQUE:



Occupational Medicine • Family Practice • Travel Medicine • Preventive Medicine • Wellness Center

FUMA O MASCA TABACCO?			CUANTOS PAQUETES AL DIA?
ADICIONES EN EL PASADO O PRESENTE?			FECHA QUE INICIO? FECHA QUE PARO?
TOMA BEBIDAS ALCOHOLICAS?			CON QUE FRECUENCIA?

ALERGIAS:

MEDICAMENTOS QUE ESTA TOMANDO AHORA:

NOMBRE DE MEDICAMENTO:	CANTIDAD/DOSIS:	NOMBRE DE MEDICAMENTO:	CANTIDAD/DOSIS:

MUJERES SOLAMENTE:

ESTA EMBARAZADA? SI NO	CUANTOS HIJOS HA TENIDO?
FECHA DE ULTIMA MENSTRUACION?	SU CYCLO MENSUAL ES NORMAL? SI NO

ESTA INFORMACION ES CORRECTA Y VERDADERA SEGUN MI CONOCIENTO.

FIRMA DEL PACIENTE O GUARDIAN DEL MENOR:

X _____

FECHA: _____



Occupational Medicine • Family Practice • Travel Medicine • Preventive Medicine • Wellness Center

EXAMEN DE INMIGRACION

INFORMACION ADICIONAL NECESARIA PARA LA FORMA DE INMIGRACION.

TODA LA INFORMACION DEBE SER ESCRITA CORRECTAMENTE.

PRIMER NOMBRE: _____

SEGUNDO NOMBRE: _____

APELLIDO: _____

LUGAR DE NACIMIENTO: _____

PAIS DE NACIMIENTO: _____

NUMERO DE SEGURO SOCIAL (SI ALGUNO): _____

*A-NUMBER (SI ALGUNO): _____

***A-NUMBER ES EL NUMERO DE SU TARJETA VERDE. COMENZARA CON LA LETRA "A" Y SEGUIDO POR NUMEROS. PROPORCIONAR SOLO SI TIENE UNO. SI NO TIENE ESTO NO LE AFECTARA SU FORMA DE INMIGRACION.**