

SUFFOLK SURGICAL ASSOCIATES, PC

Informacion Medica:

Por favor responda todas las preguntas. Si la respuesta es No indique.

• Nombre: _____ Fecha: _____

• Razon por su visita: _____

• Fech del inicio de la enfermedad: _____

• Donde ocurio la herida: _____

• Problemas medicos anteriores: _____

• Cirugia(s) previos: _____

• Problemas con cirugias previos: _____

• Hospitalizaciones previos: _____

• Enfermedades significantes en su familia: _____

• Medicamentos: _____

• Alergias a medicamentos: _____

• Tomas Aspirina, Motrin, Aleve, Advil, Ibuprefen: _____

• Fuma: _____

• Bebidas alcoholicas: _____

• Medico Primario: _____

M.D. Signature: _____ Date: _____

(pt_Medical_Info_spanish)