

NOMBRE DEL CLIENTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ **ID#:** _____

Historial Médico

Favor de completar toda la información posible

DESCRIBA LA SALUD FÍSICA DEL CLIENTE: _____

¿EL CLIENTE TIENE ALGUNA CONDICIÓN MÉDICA SIGNIFICATIVA O RELEVANTE O NECESIDADES ESPECIALES?

¿HA TENIDO ALGUNAS LESIONES INCLUYENDO CIRUGÍAS, CONTUSIONES, LESIONES CEREBRALES, U HOSPITALIZACIONES?

SI NO EN CASO AFIRMATIVO, EXPLIQUE: _____

¿TIENE EL CLIENTE UN MÉDICO DE CABECERA? SI NO

¿SI CONTESTO QUE NO, NECESITA AYUDA ENCONTRANDO UN MÉDICO DE CABECERA? SI NO

SI CONTESTO QUE SI, NOMBRE DE SU DOCTOR: _____ **TELÉFONO:** _____

CUANDO FUE SU ÚLTIMA CITA CON SU MÉDICO? _____ **RAZÓN:** _____

¿LE DA AUTORIZACIÓN A SWFGC DE COMPARTIR INFORMACIÓN CON U MÉDICO? SI NO

SI NO, POR FAVOR FIRME AQUÍ: _____

SWFGC requiere su firma para con rmar su decisión en un documento de autorización para revelar y recibir información sobre su salud.

¿ESTÁN TODAS SUS VACUNAS AL CORRIENTE? SI NO

¿HA TOMADO ALGÚN MEDICAMENTO EL CLIENTE (INCLUYENDO MEDICAMENTO PSIQUIÁTRICO, VITAMINAS, SUPLEMENTOS, Y MEDICAMENTOS SIN RECETA MÉDICA)? SI NO

MEDICAMENTOS	DOSIS	FRECUENCIA	PROPÓSITO	¿ ACTUALMENTE TOMANDO?

¿TIENE EL CLIENTE ALGUNA ALERGI (COMIDA, AMBIENTAL, MEDICAMENTO)? SI NO

EXPLIQUE: