

Historial de Bienestar y Salud

Nombre:	Fecha:
Dirección:	
Ciudad:	
Teléfono de casa:	Teléfono celular:
Describa el problema(s) para los que busca ayuda. Por favor, incluya las fechas en que cada problema se produjo:	
Antecedentes médicos (lesiones anteriores, accidentes, cirugías, etc. Por favor, describa e incluya fechas aproximadas:	
Liste los medicamentos (incluidos los de venta libre) que esté tomando actualmente:	
¿Qué actividades diarias está encontrando difícil realizar o están limitadas debido a lo que padece:	
¿Alguna vez ha tenido este problema antes, y si es así ¿cuándo?	
¿Cuáles son sus metas al ser atendido?	
Por favor, escriba que otro profesional de la salud esta usted viendo para este / estos problema (s):	
Por favor, diga cuál(es) otros examen(es) médicos se ha practicado este el último año:	

