

Curtis L. Mosier, M.D.

Victor L. Cobos, M.D.

1300 Fulton St. #203
Denton, Texas 76201
Phone: 940-382-2646 Fax: 940-384-1610

Historia Médica del Paciente

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Alergias (Medicinas): _____

Medicinas que esta tomando:	Dosis:	Frecuencia:
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Operaciones previas: _____

Está actualmente bajo cuidado médico para alguna de las siguientes condiciones?

- | | | | | | |
|----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Dolores de Cabeza: | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Hepatitis: | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Convulsiones: | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Úlceras estomacales: | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Alta presión arterial: | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Problemas de tiroides: | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Soplos en el corazón: | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Diabetes: | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Ataques del corazón: | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Artritis: | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Vasos sanguíneos angostos: | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | | | |
| Corazón | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | | | |
| Otro | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | | | |
| Enfisema: | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | | | |
| Asma: | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | | | |