

Lista cualquier condición médica o emocional que ahora está siendo tratado:

¿Alguna vez ha tenido una reacción alérgica a algún medicamento? Si No

En caso afirmativo, ¿qué reacción y qué medicina?

Tienes alergias estacionales o ambientales: Si No

¿Si sí, a qué eres alérgico y cuáles son los síntomas?

Por favor indique cualquier problema médico que ha tenido en el pasado:

√	Año Diagnosticado	√	Año Diagnosticado
<input type="checkbox"/>	Trastornos de Panico / Ansiedad	<input type="checkbox"/>	La Presión Alta
<input type="checkbox"/>	Artritis	<input type="checkbox"/>	Herida / Accidentes
<input type="checkbox"/>	Asma / Enfisema	<input type="checkbox"/>	Infección en los Riñones/Hueso en los Riñones
<input type="checkbox"/>	Enfermedades Autoimmune	<input type="checkbox"/>	Enfermedades de Hígado / Hepatitis
<input type="checkbox"/>	Desorden Bipolar	<input type="checkbox"/>	Ha Estado Inconsciente
<input type="checkbox"/>	Enfermedades de Sangre	<input type="checkbox"/>	Dolor de Espalda Baja
<input type="checkbox"/>	Enfermedades de Intestino	<input type="checkbox"/>	Pulmonary / Enfermedades de Pulmón
<input type="checkbox"/>	Cáncer: Typo _____	<input type="checkbox"/>	Enfermedades Transmitidas Sexualmente
<input type="checkbox"/>	Síndrome Crónico de Cansancio	<input type="checkbox"/>	Temblar o Temblores
<input type="checkbox"/>	Problemas Dentales	<input type="checkbox"/>	Problemas Dormir / Sueño
<input type="checkbox"/>	Depresión	<input type="checkbox"/>	Embolio
<input type="checkbox"/>	Diabetes: Typo 1 ___ Typo 2 ___	<input type="checkbox"/>	Problemas en La Tiroides
<input type="checkbox"/>	Enfermedades de Comer	<input type="checkbox"/>	Lesión Traumática del Cerebro
<input type="checkbox"/>	Enfermedades en los Ojos	<input type="checkbox"/>	Salió Positiva la Prueba de Tuberculosis
<input type="checkbox"/>	Fibromyalgia	<input type="checkbox"/>	Úlceras
<input type="checkbox"/>	Enfermedades de Vesicular Biliar	<input type="checkbox"/>	Problemas Urinarios o Incontinencia Nocturna
<input type="checkbox"/>	Dolores de Cabeza / Migraña	<input type="checkbox"/>	Ha Aumentado / Perdido peso - Inintencionado
<input type="checkbox"/>	Problemas de Audicion / Deficil de Oido	<input type="checkbox"/>	Otro:
<input type="checkbox"/>	Acidez de Estómago/ Hiatal Hernia	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Enfermedades del Corazón	<input type="checkbox"/>	

