

# BEVERLY HILLS PROFILES

9201 WEST SUNSET BOULEVARD SUITE M-130 WEST HOLLYWOOD, CA 90069

(310) 276-6800

www.beverlyhillsprofiles.com

## POR FAVOR RESPONDA A TODAS LAS PREGUNTAS COMPLETAMENTE. GRACIAS.

1. Especifique la razon de su visita: \_\_\_\_\_

Si la razon de su visita es por causa de un accidente, describa la naturaleza del accidente y de fechas: \_\_\_\_\_

2. Drogas a las que tiene intolerancia o alergia: \_\_\_\_\_

3. Si esta bajo tratamiento medico, facilitenos con el nombre, telefono y direccion de su doctor.

NOMBRE: \_\_\_\_\_ TELEFONO: \_\_\_\_\_

DIRECCION: \_\_\_\_\_

Fecha de su ultima visita: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

4. Si esta bajo tratamiento con un especialista en alergias, facilitenos con el nombre, telefono y direccion de su doctor.

NOMBRE: \_\_\_\_\_ TELEFONO: \_\_\_\_\_

DIRECCION: \_\_\_\_\_

5. Nos permite ponernos en contacto con el doctor o especialista? Si No

6. Tiene historia medica de (circule la respuesta apropiada):

Fuma cigarillos? Si No

Problemas del Corazon Si No

Diabetes Si No

Ulceras Si No

Anemia Si No

Asma Si No

Problemas Pulmonares Si No

Presion Alta Si No

Alergias Nasal Si No

Infecciones Nasales Si No

Sangrado de Nariz Si No

Dolores de Cabeza Si No

Hepatitis Si No

Dificultad al Respirar Si No

HIV/SIDA Si No

Si la respuesta es si, cuantos paquetes al dia fuma? \_\_\_\_ y por quantos anos? \_\_\_\_

Toma bevidas alcoholicas? Si No

0-1 Bevida al dia \_\_\_\_\_

2-3 Bevidas al dia \_\_\_\_\_

4 + Bevidas al dia \_\_\_\_\_

ESTATURA: \_\_\_\_\_ PESO: \_\_\_\_\_

7. Si usted esta tomando alguna medicina, por favor describa que clase de medicamento y la dosis (Incluyendo medicinas que contengan Aspirina, o Pildoras Anticonceptivas o Vitamina E): \_\_\_\_\_

8. Describa con detalles y fechas, si usted a sido sometido a alguna cirugia: \_\_\_\_\_

9. A estado expuesto a HIV/SIDA por medio de contacto sexual, cirugia, transfusion sanguinea o uso de drogas intravenosas? Si No

A tenido usted una reaccion alergica a la anestecia? Si No

Tiene usted tendencia a sangrar mucho? Si No

A tenido usted una transfusion de sangre? Si No

A estado usted bajo cuidado psiquiatrico? Si No

Usa usted anteojos? Si No

Los usa a todo momento, o para leer solamente? \_\_\_\_\_

Usa usted lentes de contacto? Si No

Cicatrizo usted mal? Si No

Si la respuesta es si, donde? \_\_\_\_\_

10. Tiene usted historia familiar en:

Alcoholismo Si No

Alergias Si No

Tendencia a Sangrar Si No

Cancer Si No

Defectos Congenitos Si No

Diabetes Si No

Epilepsia Si No

Atakes de Corazon Si No

Presion Alta Si No

Problemas Nerviosos Si No

Problemas Estomacales Si No

Atentos de Suicidio Si No

11. Detalles de alguna informacion importante: \_\_\_\_\_

Esta informacion es correcta y completa : (Signature) \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_