HISTORIA DE SALUD

Por favor describe la condicion: Nombre del Medico: Telefono: Ha tomado medicamentos/recetas duarnte los ultimos dos anos? Si si porfavor enumere: Baja 1 2 3 4 5 Media 6 7 8 9 Alta Liliza acutualmente mariguana de forma recreacional o medicinal? Califique su uso: Baja 1 2 3 4 5 Media 6 7 8 9 Alta Tiene alguna alergia conocida? Por favor liste: Ha estado hospitalizado o ha tenido alguna cirguia en los ultimos 5 anos? Si No Describa: Si No Describa: Si eres mujer, estas embarazada? Fecha de vencimiento? Amamantando?: Tienes algun problema específico con tus dientes, encias o boca en este momento? Si No Por favor liste: B. Ha usado o esta interesado en usar productos blanquedores? Si No SiDA/VIH Si No Aliccion al alcohol Si No Diabetes Si No Alergias Estacional Si No Alergias Estacional Si No Alergias Estacional Si No Anorexia/Bullmia Si No Anorexia/Bullmia Si No Enfisema/Bronquitis Si No Artritis-OA o RA Si No Enfisema/Bronquitis Si No Artritis-OA o RA Si No Artritis-OA o RA Si No Artretis-OA o RA Si No Corugia de corazon Si No Inceras Si No Outre Itste en lu parte poste Si No Outre Itste en lu parte poste Si No Outre Itste en lu parte poste Si No Adlecton al droga						
Por favor describe la condicion:				1	Marqu	ue uno
Por favor describe la condicion:	Ha estado bajo el cuidado de un mec	dico durante los dos anos?		-	Si	No
Nombre del Medico:						
2. Ha tomado medicamentos/recetas duarnte los ultimos dos anos? Si si porfavor enumere: 3. Utiliza acutualmente mariguana de forma recreacional o medicinal? Califique su uso: Baja 1 2 3 4 5 Media 6 7 8 9 Alta 4. Tiene alguna alergia conocida? Por favor liste: 5. Ha estado hospitalizado o ha tenido alguna cirguia en los ultimos 5 anos? Si No Describa: 6. Si eres mujer, estas embarazada? Fecha de vencimiento? Amamantando?: 7. Tienes algun problema específico con tus dientes, encias o boca en este momento? Si No Por favor liste: 8. Ha usado o esta interesado en usar productos blanquedores? Si No SIDA/VIH Si No Adiccion al alcohol Si No Discapacidades del dearrollo Si No Adiccion al alcohol Si No Adiccion al alcohol Si No Adiccion al alcohol Si No Adregias Estacional Si No Amemia Si No Amemia Si No Amemia Si No Anemia Si No Boca Seca Si No Osteoporosis/hueso enferm Si No Artritis-OA e RA Si No Valvulas artificiales del corazon Si No Ataque al Corazon Si No Marcapasos cardiaco Si No Usiversia bila vi Duberculosis Si No Cancer/Tumores Si No Marcapasos cardiaco Si No Dolores en el pecno Si No Hepatitis Si No Demencia/Enfermedad de Alzhelmer Si No Hipertiroidismo/Tiroidismo Si No Adiccion al orga Si No Altapera corazon Si No Adiccion al orga Si No Demencia/Enfermedad de Alzhelmer Si No Hipertiroidismo/Tiroidismo Si No Adoca al rorazon al ro	Nombre del Medico:	Telefono:				
Si si porfavor enumere: 3. Utiliza acutualmente mariguana de forma recreacional o medicinal? 5. No Califique su uso: 8. Baja 1 2 3 4 5 Media 6 7 8 9 Alta 4. Tiene alguna alergia conocida? Por favor liste: 5. Ha estado hospitalizado o ha tenido alguna cirguia en los ultimos 5 anos? 5. No Describa: 6. Si eres mujer, estas embarazada? Fecha de vencimiento? Amamantando?: 7. Tienes algun problema específico con tus dientes, encias o boca en este momento? Si No Por favor liste: 8. Ha usado o esta interesado en usar productos blanquedores? 5. No SIDA/VIH 5. No Discapacidades del dearrollo 5. No SIDA/VIH 5. No Discapacidades del dearrollo 5. No Alergias Estacional 5. No Alergias Estacional 5. No Alergias Estacional 5. No Anemia 5. No Anemia 5. No Boca Seca 5. No Osteoporosis/hueso enfentes 5. No Articulaciones artificiales del corazon 5. No Articulaciones artificiales 5. No Ataque al Corazon 5. No Ataque al Corazon 5. No Ataque 5. No Cancer/Tumores 5. No Hapersion sanguinea 5. No Cancer/Tumores 5. No Hapersion sanguinea 5. No Donemicia/Enfermedad de Alzheimer 5. No Demencia/Enfermedad de Alzheimer 5. No Hipertiroidismo/Tiroidismo 5. No Prolapso de la valvula mitra 5. No Demencia/Enfermedad de Alzheimer 5. No Hapersion sanguinea 5. No Prolapso de la valvula mitra						
3. Utiliza acutualmente mariguana de forma recreacional o medicinal? Si No Califique su uso: Baja 1 2 3 4 5 Media 6 7 8 9 Alta 4. Tiene alguna alergia conocida? Por favor liste: 5. Ha estado hospitalizado o ha tenido alguna cirguia en los ultimos 5 anos? Si No Describa: 6. Si eres mujer, estas embarazada? Fecha de vencimiento? Amamantando?: 7. Tienes algun problema específico con tus dientes, encias o boca en este momento? Si No Por favor liste: 8. Ha usado o esta interesado en usar productos blanquedores? Si No SiDA/VIH Si No SiDA/VIH Si No Discapacidades del dearrollo Si No Adiccion al alcohol Si No Adiccion al alcohol Si No Adergias Estacional Si No Maregias Estacional Si No Amemia Si No Amemia Si No Boca Seca Si No Trastorro mental/inervioso Si No Anemia Si No Anorexia/Bullmia Si No Enfisema/Bronquitis Si No Artritis-OA o RA Si No Anorexia/Bullmia Si No Artritis-OA o RA Si No Altagues Si No Artriculaciones artificiales del corazon Si No Artriculaciones artificiales Si No Artriculaciones artificiales Si No Artriculaciones artificiales Si No Cancer/Tumores Si No Quimioterapia Si No Demencia/Enfermedad de Alzheimer	2. Ha tomado medicamentos/recetas d	luarnte los ultimos dos anos?			Si	No
4. Tiene alguna alergia conocida? Por favor liste: 5. Ha estado hospitalizado o ha tenido alguna cirguia en los ultimos 5 anos? Si No Describa: 6. Si eres mujer, estas embarazada? Fecha de vencimiento? Amamantando?: 7. Tienes algun problema especifico con tus dientes, encias o boca en este momento? Si No Por favor liste: 8. Ha usado o esta interesado en usar productos blanquedores? Si No 9. Sì has tenido alguna de las siguientes condiciones, circule "si" y indique mes/ano. Si No SIDA/VIH Si No Discapacidades del dearrollo Si No Adecidon al alcohol Si No Adecidon al alcohol Si No Mareos/Desmayos Si No Artritis-OA o RA Si No Boca Seca Si No Osteoporosis/hueso enferm Si No Artritis-OA o RA Si No Epilepsia/Convulsiones Si No Artritis-OA o RA Si No Adriculaciones artificiales Si No Artritis-OA o RA Si No Alarque al Corazon Si No Ataque al Corazon Si No Ataque al Corazon Si No Otra liste en lu parte poster Si No Quimioterapia Si No Quimioterapia Si No Hopersulabial Si No Hopersulabial Si No Hopersulabial Si No Hopersulabial Si No Hipertiroidismo/Tiroidismo Si No Prolapso de la valvula mitra	Si si porfavor enumere:					
4. Tiene alguna alergia conocida? Por favor liste: 5. Ha estado hospitalizado o ha tenido alguna cirguia en los ultimos 5 anos? Si No Describa: 6. Si eres mujer, estas embarazada? Fecha de vencimiento? Amamantando?: 7. Tienes algun problema especifico con tus dientes, encias o boca en este momento? Si No Por favor liste: 8. Ha usado o esta interesado en usar productos blanquedores? Si No 9. Sì has tenido alguna de las siguientes condiciones, circule "si" y indique mes/ano. Si No SIDA/VIH Si No Discapacidades del dearrollo Si No Adecidon al alcohol Si No Adecidon al alcohol Si No Mareos/Desmayos Si No Artritis-OA o RA Si No Boca Seca Si No Osteoporosis/hueso enferm Si No Artritis-OA o RA Si No Epilepsia/Convulsiones Si No Artritis-OA o RA Si No Adriculaciones artificiales Si No Artritis-OA o RA Si No Alarque al Corazon Si No Ataque al Corazon Si No Ataque al Corazon Si No Otra liste en lu parte poster Si No Quimioterapia Si No Quimioterapia Si No Hopersulabial Si No Hopersulabial Si No Hopersulabial Si No Hopersulabial Si No Hipertiroidismo/Tiroidismo Si No Prolapso de la valvula mitra	3. Utiliza acutualmente mariguana de	forma recreacional o medicinal?			Si	No ·
Por favor liste: 5. Ha estado hospitalizado o ha tenido alguna cirguia en los ultimos 5 anos? Care de vencimiento? Amamantando?: 7. Tienes algun problema específico con tus dientes, encias o boca en este momento? Si No Por favor liste: 8. Ha usado o esta interesado en usar productos blanquedores? 8. Ha usado o esta interesado en usar productos blanquedores? 8. Ha usado o esta interesado en usar productos blanquedores? 8. Ha usado o esta interesado en usar productos blanquedores? 8. No SIDA/VIH Si No Discapacidades del dearrollo Si No Ictericia/Enfermedad Hepati Si No Adiccion al alcohol Si No Diabetes Si No Problemas Renalea Si No Alergias Estacional Si No Mareos/Desmayos Si No Trastorno mental/nervioso Si No Anemia Si No Boca Seca Si No Osteoporosis/hueso enferm Si No Anorexia/Bullimia Si No Enfisema/Bronquitis Si No Tratamiento psiquiatrico Si No Artritis-OA o RA Si No Epilepsia/Convulsiones Si No Fiebre reumatica Si No Valvulas artificiales del corazon Si No Fibromialgia Si No problemas de sinusitis Si No Asma Si No Enfermedad del corazon Si No Italia (Si No Otta (Si No Otta) (Si No Ataques Si No Otta) (Si No Otta)				Alta		
Por favor liste: 5. Ha estado hospitalizado o ha tenido alguna cirguia en los ultimos 5 anos? Care de vencimiento? Amamantando?: 7. Tienes algun problema específico con tus dientes, encias o boca en este momento? Si No Por favor liste: 8. Ha usado o esta interesado en usar productos blanquedores? 8. Ha usado o esta interesado en usar productos blanquedores? 8. Ha usado o esta interesado en usar productos blanquedores? 8. Ha usado o esta interesado en usar productos blanquedores? 8. No SIDA/VIH Si No Discapacidades del dearrollo Si No Ictericia/Enfermedad Hepati Si No Adiccion al alcohol Si No Diabetes Si No Problemas Renalea Si No Alergias Estacional Si No Mareos/Desmayos Si No Trastorno mental/nervioso Si No Anemia Si No Boca Seca Si No Osteoporosis/hueso enferm Si No Anorexia/Bullimia Si No Enfisema/Bronquitis Si No Tratamiento psiquiatrico Si No Artritis-OA o RA Si No Epilepsia/Convulsiones Si No Fiebre reumatica Si No Valvulas artificiales del corazon Si No Fibromialgia Si No problemas de sinusitis Si No Asma Si No Enfermedad del corazon Si No Italia (Si No Otta (Si No Otta) (Si No Ataques Si No Otta) (Si No Otta)	4. Tiene alguna alergia conocida?	*			Si	No
Describa: 6. Si eres mujer, estas embarazada? Fecha de vencimiento? Amamantando?: 7. Tienes algun problema especifico con tus dientes, encias o boca en este momento? Si No Por favor liste: 8. Ha usado o esta interesado en usar productos blanquedores? 8. Ha usado o esta interesado en usar productos blanquedores? 8. Ha usado o esta interesado en usar productos blanquedores? 8. No SiDA/VIH Si No Discapacidades del dearrollo Si No Ictericia/Enfermedad Hepati Si No Adiccion al alcohol Si No Diabetes Si No Problemas Renalea Si No Alergias Estacional Si No Mareos/Desmayos Si No Trastorno mental/nervioso Si No Anorexia/Bulimia Si No Boca Seca Si No Osteoporosis/hueso enferm Si No Artritis-OA o RA Si No Enfisema/Bronquitis Si No Tratamiento psiquiatrico Si No Artritis-OA o RA Si No Fibromialgia Si No Problemas de sinusitis Si No Artriticiales del corazon Si No Asma Si No Asma Si No Asma Si No Asma Si No Enfermedad del corazon Si No Tuberculosis Si No Cancer/Tumores Si No Marcapasos cardiaco Si No Outeras Si No Hepatitis Si No Adiccion al droga Si No Demencia/Enfermedad de Alzheimer						
Describa: 6. Si eres mujer, estas embarazada? Fecha de vencimiento? Amamantando?: 7. Tienes algun problema especifico con tus dientes, encias o boca en este momento? Si No Por favor liste: 8. Ha usado o esta interesado en usar productos blanquedores? 8. Ha usado o esta interesado en usar productos blanquedores? 8. Ha usado o esta interesado en usar productos blanquedores? 8. No SiDA/VIH Si No Discapacidades del dearrollo Si No Ictericia/Enfermedad Hepati Si No Adiccion al alcohol Si No Diabetes Si No Problemas Renalea Si No Alergias Estacional Si No Mareos/Desmayos Si No Trastorno mental/nervioso Si No Anorexia/Bulimia Si No Boca Seca Si No Osteoporosis/hueso enferm Si No Artritis-OA o RA Si No Enfisema/Bronquitis Si No Tratamiento psiquiatrico Si No Artritis-OA o RA Si No Fibromialgia Si No Problemas de sinusitis Si No Artriticiales del corazon Si No Asma Si No Asma Si No Asma Si No Asma Si No Enfermedad del corazon Si No Tuberculosis Si No Cancer/Tumores Si No Marcapasos cardiaco Si No Outeras Si No Hepatitis Si No Adiccion al droga Si No Demencia/Enfermedad de Alzheimer	5. Ha estado hospitalizado o ha tenido	alguna cirguia en los ultimos 5 ar	nos?		Si	No
Fecha de vencimiento? Amamantando?:			1031		51	110
Fecha de vencimiento? Amamantando?:						
7. Tienes algun problema especifico con tus dientes, encias o boca en este momento? Si No Por favor liste: 8. Ha usado o esta interesado en usar productos blanquedores? Si No 9. Si has tenido alguna de las siguientes condiciones, circule "si" y indique mes/ano. Si No SIDA/VIH Si No Discapacidades del dearrollo Si No Ictericia/Enfermedad Hepatisi No Adiccion al alcohol Si No Diabetes Si No Problemas Renalea Si No Alergias Estacional Si No Mareos/Desmayos Si No Trastorno mental/nervioso Si No Anemia Si No Boca Seca Si No Osteoporosis/hueso enferm Si No Anorexia/Bulimia Si No Enfisema/Bronquitis Si No Tratamiento psiquiatrico Si No Artritis-OA o RA Si No Epilepsia/Convulsiones Si No Fiebre reumatica Si No Valvulas artificiales del corazon Si No Epilepsia/Convulsiones Si No Ataques Si No Asma Si No Enfiremedad del corazon Si No Ataques Si No Cancer/Tumores Si No Marcapasos cardiaco Si No Uteras Si No Quimioterapia Si No Girugia de corazon Si No Otra liste en lu parte poster Si No Dolores en el pecno Si No Hepatitis Si No Prolapso de la valvula mitra Si No Demencia/Enfermedad de Alzheimer Si No Hipertiroidismo/Tiroidismo Si No Prolapso de la valvula mitra					Si	No
Por favor liste: 8. Ha usado o esta interesado en usar productos blanquedores? 9. Si has tenido alguna de las siguientes condiciones, circule "si" y indique mes/ano. Si No SIDA/VIH Si No Discapacidades del dearrollo Si No Ictericia/Enfermedad Hepati Si No Adiccion al alcohol Si No Diabetes Si No Problemas Renalea Si No Alergias Estacional Si No Mareos/Desmayos Si No Trastorno mental/nervioso Si No Anorexia/Bulimia Si No Boca Seca Si No Osteoporosis/hueso enferm Si No Anorexia/Bulimia Si No Enfisema/Bronquitis Si No Fiebre reumatica Si No Valvulas artificiales del corazon Si No Valvulas artificiales del corazon Si No Articulaciones artificiales Si No Artaque al Corazon Si No Ataques Si No Cancer/Tumores Si No Guimioterapia Si No Cancer/Tumores Si No Quimioterapia Si No Cirugia de corazon Si No Otra liste en lu parte poster Si No Demencia/Enfermedad de Alzheimer Si No Alta presion sanguinea Si No Prolapso de la valvula mitra	Fecha de vencimiento? Amamantan	do?:				
Por favor liste: 8. Ha usado o esta interesado en usar productos blanquedores? 9. Si has tenido alguna de las siguientes condiciones, circule "si" y indique mes/ano. Si No SIDA/VIH Si No Discapacidades del dearrollo Si No Ictericia/Enfermedad Hepati Si No Adiccion al alcohol Si No Diabetes Si No Problemas Renalea Si No Alergias Estacional Si No Mareos/Desmayos Si No Trastorno mental/nervioso Si No Anorexia/Bulimia Si No Boca Seca Si No Osteoporosis/hueso enferm Si No Anorexia/Bulimia Si No Enfisema/Bronquitis Si No Fiebre reumatica Si No Valvulas artificiales del corazon Si No Valvulas artificiales del corazon Si No Articulaciones artificiales Si No Artaque al Corazon Si No Ataques Si No Cancer/Tumores Si No Guimioterapia Si No Cancer/Tumores Si No Quimioterapia Si No Cirugia de corazon Si No Otra liste en lu parte poster Si No Demencia/Enfermedad de Alzheimer Si No Alta presion sanguinea Si No Prolapso de la valvula mitra	7 Tiones algun problems especifice es	on tue diantes, angias a base on a	sta man	nonto?	C:	No
8. Ha usado o esta interesado en usar productos blanquedores? Si No Si has tenido alguna de las siguientes condiciones, circule "si" y indique mes/ano. Si No SIDA/VIH Si No Discapacidades del dearrollo Si No Ictericia/Enfermedad Hepati Si No Adiccion al alcohol Si No Diabetes Si No Problemas Renalea Si No Alergias Estacional Si No Mareos/Desmayos Si No Osteoporosis/hueso enferm Si No Anorexia/Bulimia Si No Boca Seca Si No Osteoporosis/hueso enferm Si No Anorexia/Bulimia Si No Enfisema/Bronquitis Si No Tratamiento psiquiatrico Si No Artritis-OA o RA Si No Epilepsia/Convulsiones Si No Fiebre reumatica Si No Valvulas artificiales del corazon Si No Articulaciones artificiales Si No Artaque al Corazon Si No Artaque al Corazon Si No Tuberculosis Si No Cancer/Tumores Si No Marcapasos cardiaco Si No Ulceras Si No Quimioterapia Si No Cirugia de corazon Si No Usas tabaco Si No Herpes Labial Si No Demencia/Enfermedad de Alzheimer Si No Hipertiroidismo/Tiroidismo Si No Prolapso de la valvula mitra			ste mor	nentor	31	NO
9. Si has tenido alguna de las siguientes condiciones, circule "si" y indique mes/ano. Si No SIDA/VIH Si No Discapacidades del dearrollo Si No Ictericia/Enfermedad Hepati Si No Adiccion al alcohol Si No Diabetes Si No Problemas Renalea Si No Alergias Estacional Si No Mareos/Desmayos Si No Trastorno mental/nervioso Si No Anemia Si No Boca Seca Si No Osteoporosis/hueso enferm Si No Anorexia/Bulimia Si No Enfisema/Bronquitis Si No Tratamiento psiquiatrico Si No Artritis-OA o RA Si No Epilepsia/Convulsiones Si No Fiebre reumatica Si No Valvulas artificiales del corazon Si No Fibromialgia Si No problemas de sinusitis Si No Articulaciones artificiales Si No Ataque al Corazon Si No Ataques Si No Asma Si No Enfermedad del corazon Si No Tuberculosis Si No Cancer/Tumores Si No Marcapasos cardiaco Si No Ulceras Si No Quimioterapia Si No Cirugia de corazon Si No Otra liste en lu parte poster Si No Dolores en el pecno Si No Hepatitis Si No Adiccion al droga Si No Demencia/Enfermedad de Alzheimer Si No Hipertiroidismo/Tiroidismo Si No Prolapso de la valvula mitra	Por favor liste:					
9. Si has tenido alguna de las siguientes condiciones, circule "si" y indique mes/ano. Si No SIDA/VIH Si No Discapacidades del dearrollo Si No Ictericia/Enfermedad Hepati Si No Adiccion al alcohol Si No Diabetes Si No Problemas Renalea Si No Alergias Estacional Si No Mareos/Desmayos Si No Trastorno mental/nervioso Si No Anemia Si No Boca Seca Si No Osteoporosis/hueso enferm Si No Anorexia/Bulimia Si No Enfisema/Bronquitis Si No Tratamiento psiquiatrico Si No Artritis-OA o RA Si No Epilepsia/Convulsiones Si No Fiebre reumatica Si No Valvulas artificiales del corazon Si No Fibromialgia Si No problemas de sinusitis Si No Articulaciones artificiales Si No Ataque al Corazon Si No Ataques Si No Asma Si No Enfermedad del corazon Si No Tuberculosis Si No Cancer/Tumores Si No Marcapasos cardiaco Si No Ulceras Si No Quimioterapia Si No Cirugia de corazon Si No Otra liste en lu parte poster Si No Dolores en el pecno Si No Hepatitis Si No Adiccion al droga Si No Demencia/Enfermedad de Alzheimer Si No Hipertiroidismo/Tiroidismo Si No Prolapso de la valvula mitra						
Si No SIDA/VIH Si No Adiccion al alcohol Si No Diabetes Si No Problemas Renalea Si No Alergias Estacional Si No Mareos/Desmayos Si No Trastorno mental/nervioso Si No Anemia Si No Boca Seca Si No Osteoporosis/hueso enferm Si No Anorexia/Bulimia Si No Enfisema/Bronquitis Si No Tratamiento psiquiatrico Si No Artritis-OA o RA Si No Epilepsia/Convulsiones Si No Fiebre reumatica Si No Valvulas artificiales del corazon Si No Ataque al Corazon Si No Articulaciones artificiales Si No Asma Si No Enfermedad del corazon Si No Enfermedad del corazon Si No Cancer/Tumores Si No Marcapasos cardiaco Si No Ouimioterapia Si No Dolores en el pecno Si No Alta presion sanguinea Si No Prolapso de la valvula mitra Si No Demencia/Enfermedad de Alzheimer Si No Hipertiroidismo/Tiroidismo	8. Ha usado o esta interesado en usar	productos blanquedores?			Si	No
Si No SIDA/VIH Si No Adiccion al alcohol Si No Diabetes Si No Problemas Renalea Si No Alergias Estacional Si No Mareos/Desmayos Si No Trastorno mental/nervioso Si No Anemia Si No Boca Seca Si No Osteoporosis/hueso enferm Si No Anorexia/Bulimia Si No Enfisema/Bronquitis Si No Tratamiento psiquiatrico Si No Artritis-OA o RA Si No Epilepsia/Convulsiones Si No Fiebre reumatica Si No Valvulas artificiales del corazon Si No Ataque al Corazon Si No Articulaciones artificiales Si No Asma Si No Enfermedad del corazon Si No Enfermedad del corazon Si No Cancer/Tumores Si No Marcapasos cardiaco Si No Ouimioterapia Si No Dolores en el pecno Si No Alta presion sanguinea Si No Prolapso de la valvula mitra Si No Demencia/Enfermedad de Alzheimer Si No Hipertiroidismo/Tiroidismo						
Si No Adiccion al alcohol Si No Alergias Estacional Si No Mareos/Desmayos Si No Trastorno mental/nervioso Si No Anemia Si No Boca Seca Si No Osteoporosis/hueso enferm Si No Anorexia/Bulimia Si No Enfisema/Bronquitis Si No Tratamiento psiquiatrico Si No Artritis-OA o RA Si No Epilepsia/Convulsiones Si No Fiebre reumatica Si No Valvulas artificiales del corazon Si No Fibromialgia Si No problemas de sinusitis Si No Ataque al Corazon Si No Ataques Si No Ataques Si No Enfermedad del corazon Si No Enfermedad del corazon Si No Ulceras Si No Quimioterapia Si No Cirugia de corazon Si No Otra liste en lu parte poster Si No Dolores en el pecno Si No Alta presion sanguinea Si No Prolapso de la valvula mitra	9. Si has tenido alguna de las siguient	es condiciones, circule "si" y indi	que me	es/ano.		
Si No Adiccion al alcohol Si No Alergias Estacional Si No Mareos/Desmayos Si No Trastorno mental/nervioso Si No Anemia Si No Boca Seca Si No Osteoporosis/hueso enferm Si No Anorexia/Bulimia Si No Enfisema/Bronquitis Si No Tratamiento psiquiatrico Si No Artritis-OA o RA Si No Epilepsia/Convulsiones Si No Fiebre reumatica Si No Valvulas artificiales del corazon Si No Fibromialgia Si No problemas de sinusitis Si No Ataque al Corazon Si No Ataques Si No Ataques Si No Enfermedad del corazon Si No Enfermedad del corazon Si No Ulceras Si No Quimioterapia Si No Cirugia de corazon Si No Otra liste en lu parte poster Si No Dolores en el pecno Si No Alta presion sanguinea Si No Prolapso de la valvula mitra						
Si No AnemiaSi No Boca SecaSi No Osteoporosis/hueso enfermSi No Anorexia/BulimiaSi No Enfisema/BronquitisSi No Tratamiento psiquiatricoSi No Artritis-OA o RASi No Epilepsia/ConvulsionesSi No Fiebre reumaticaSi No Valvulas artificiales del corazonSi No FibromialgiaSi No problemas de sinusitisSi No Articulaciones artificialesSi No Ataque al CorazonSi No AtaquesSi No AsmaSi No Enfermedad del corazonSi No TuberculosisSi No Cancer/TumoresSi No Marcapasos cardiacoSi No UlcerasSi No QuimioterapiaSi No Cirugia de corazonSi No Otra liste en lu parte posterSi No Dolores en el pecnoSi No HepatitisSi No Usas tabacoSi No Herpes LabialSi No Alta presion sanguineaSi No Adiccion al drogaSi No Demencia/Enfermedad de AlzheimerSi No Hipertiroidismo/TiroidismoSi No Prolapso de la valvula mitra	Si No SIDA/VIH	Si No Discapacidades del dearrollo	Si No	Ictericia/	Enferm	nedad Hepati
Si No Anorexia/Bulimia Si No Enfisema/Bronquitis Si No Tratamiento psiquiatrico Si No Artritis-OA o RA Si No Epilepsia/Convulsiones Si No Fiebre reumatica Si No Valvulas artificiales del corazon Si No Articulaciones artificiales Si No Ataque al Corazon Si No Ataque al Corazon Si No Ataques Si No Enfermedad del corazon Si No Tuberculosis Si No Cancer/Tumores Si No Marcapasos cardiaco Si No Ulceras Si No Quimioterapia Si No Cirugia de corazon Si No Otra liste en lu parte poster Si No Dolores en el pecno Si No Hepatitis Si No Alta presion sanguinea Si No Adiccion al droga Si No Demencia/Enfermedad de Alzheimer Si No Hipertiroidismo/Tiroidismo Si No Prolapso de la valvula mitra		Si No Diabetes				
Si No Artritis-OA o RA Si No Epilepsia/Convulsiones Si No Fiebre reumatica Si No Valvulas artificiales del corazon Si No Articulaciones artificiales Si No Ataque al Corazon Si No Ataques Si No Ataques Si No Enfermedad del corazon Si No Tuberculosis Si No Cancer/Tumores Si No Marcapasos cardiaco Si No Ulceras Si No Ouimioterapia Si No Cirugia de corazon Si No Otra liste en lu parte poster Si No Dolores en el pecno Si No Hepatitis Si No Usas tabaco Si No Demencia/Enfermedad de Alzheimer Si No Hipertiroidismo/Tiroidismo Si No Prolapso de la valvula mitra	Si No Adiccion al alcohol	Si No Diabetes	Si No	Problema	s Rena	ilea
Si No Valvulas artificiales del corazon Si No Articulaciones artificiales Si No Articulaciones artificiales Si No Ataque al Corazon Si No Ataques Si No Enfermedad del corazon Si No Tuberculosis Si No Cancer/Tumores Si No Marcapasos cardiaco Si No Ulceras Si No Quimioterapia Si No Cirugia de corazon Si No Otra liste en lu parte poster Si No Dolores en el pecno Si No Hepatitis Si No Usas tabaco Si No Herpes Labial Si No Demencia/Enfermedad de Alzheimer Si No Hipertiroidismo/Tiroidismo Si No Prolapso de la valvula mitra	Si No Adiccion al alcohol Si No Alergias Estacional	Si No Diabetes Si No Mareos/Desmayos	Si No Si No	Problema Trastorna	s Rena o ment	alea al/nervioso
Si No Articulaciones artificiales Si No Ataque al Corazon Si No Asma Si No Enfermedad del corazon Si No Tuberculosis Si No Cancer/Tumores Si No Marcapasos cardiaco Si No Ulceras Si No Ouimioterapia Si No Cirugia de corazon Si No Otra liste en lu parte poster Si No Dolores en el pecno Si No Hepatitis Si No Herpes Labial Si No Ataques Si No Marcapasos cardiaco Si No Otra liste en lu parte poster Si No Hepatitis Si No Usas tabaco Si No Herpes Labial Si No Ata presion sanguinea Si No Adiccion al droga Si No Demencia/Enfermedad de Alzheimer Si No Hipertiroidismo/Tiroidismo Si No Prolapso de la valvula mitra	Si No Adiccion al alcohol Si No Alergias Estacional Si No Anemia	Si No Diabetes Si No Mareos/Desmayos Si No Boca Seca	Si No Si No Si No	Problema Trastorna Osteopoi	s Rena ment rosis/h	alea al/nervioso ueso enferm
Si No Asma Si No Enfermedad del corazon Si No Cancer/Tumores Si No Quimioterapia Si No Cirugia de corazon Si No Otra liste en lu parte poster Si No Dolores en el pecno Si No Herpes Labial Si No Demencia/Enfermedad de Alzheimer Si No Demencia/Enfermedad de Alzheimer Si No Hipertiroidismo/Tiroidismo Si No Prolapso de la valvula mitra	Si No Adiccion al alcohol Si No Alergias Estacional Si No Anemia Si No Anorexia/Bulimia	Si No Diabetes Si No Mareos/Desmayos Si No Boca Seca Si No Enfisema/Bronquitis	Si No Si No Si No	Problema Trastorna Osteopoa Tratamie	es Rena o ment rosis/hi nto psi	alea al/nervioso ueso enferm quiatrico
Si No Cancer/Tumores Si No Quimioterapia Si No Cirugia de corazon Si No Otra liste en lu parte poster Si No Dolores en el pecno Si No Herpes Labial Si No Demencia/Enfermedad de Alzheimer Si No Demencia/Enfermedad de Alzheimer Si No Hipertiroidismo/Tiroidismo Si No Prolapso de la valvula mitra	Si No Adiccion al alcohol Si No Alergias Estacional Si No Anemia Si No Anorexia/Bulimia Si No Artritis-OA o RA	Si No Diabetes Si No Mareos/Desmayos Si No Boca Seca Si No Enfisema/Bronquitis Si No Epilepsia/Convulsiones	Si No Si No Si No Si No Si No	Problema Trastorno Osteopoa Tratamie Fiebre re	es Rena o ment rosis/hi nto psi umatic	alea al/nervioso ueso enferm iquiatrico :a
Si No Quimioterapia Si No Cirugia de corazon Si No Otra liste en lu parte poster Si No Dolores en el pecno Si No Hepatitis Si No Usas tabaco Si No Herpes Labial Si No Alta presion sanguinea Si No Adiccion al droga Si No Demencia/Enfermedad de Alzheimer Si No Hipertiroidismo/Tiroidismo Si No Prolapso de la valvula mitra	Si No Adiccion al alcohol Si No Alergias Estacional Si No Anemia Si No Anorexia/Bulimia Si No Artritis-OA o RA Si No Valvulas artificiales del corazon	Si No Diabetes Si No Mareos/Desmayos Si No Boca Seca Si No Enfisema/Bronquitis Si No Epilepsia/Convulsiones Si No Fibromialgia	Si No Si No Si No Si No Si No	Problema Trastorna Osteopoa Tratamie Fiebre re problema	es Rena o ment rosis/hi nto psi umatic	alea al/nervioso ueso enferm iquiatrico :a
Si No Dolores en el pecno Si No Hepatitis Si No Usas tabaco Si No Herpes Labial Si No Alta presion sanguinea Si No Adiccion al droga Si No Demencia/Enfermedad de Alzheimer Si No Hipertiroidismo/Tiroidismo Si No Prolapso de la valvula mitra	Si No Adiccion al alcohol Si No Alergias Estacional Si No Anemia Si No Anorexia/Bulimia Si No Artritis-OA o RA Si No Valvulas artificiales del corazon Si No Articulaciones artificiales	Si No Diabetes Si No Mareos/Desmayos Si No Boca Seca Si No Enfisema/Bronquitis Si No Epilepsia/Convulsiones Si No Fibromialgia Si No Ataque al Corazon	Si No Si No Si No Si No Si No Si No Si No	Problema Trastorno Osteopor Tratamie Fiebre re problema Ataques	es Rena o ment rosis/hi nto psi umatic as de si	alea al/nervioso ueso enferm iquiatrico :a
Si No Herpes Labial Si No Alta presion sanguinea Si No Adiccion al droga Si No Demencia/Enfermedad de Alzheimer Si No Hipertiroidismo/Tiroidismo Si No Prolapso de la valvula mitra	Si No Adiccion al alcohol Si No Alergias Estacional Si No Anemia Si No Anorexia/Bulimia Si No Artritis-OA o RA Si No Valvulas artificiales del corazon Si No Articulaciones artificiales Si No Asma	Si No Diabetes Si No Mareos/Desmayos Si No Boca Seca Si No Enfisema/Bronquitis Si No Epilepsia/Convulsiones Si No Fibromialgia Si No Ataque al Corazon Si No Enfermedad del corazon	Si No Si No Si No Si No Si No Si No Si No Si No	Problema Trastorna Osteopoa Tratamie Fiebre re problema Ataques Tubercul	es Rena o ment rosis/hi nto psi umatic as de si	alea al/nervioso ueso enferm iquiatrico :a
Si No Demencia/Enfermedad de Alzheimer Si No Hipertiroidismo/Tiroidismo Si No Prolapso de la valvula mitra	Si No Adiccion al alcohol Si No Alergias Estacional Si No Anemia Si No Anorexia/Bulimia Si No Artritis-OA o RA Si No Valvulas artificiales del corazon Si No Articulaciones artificiales Si No Asma Si No Cancer/Tumores	Si No Diabetes Si No Mareos/Desmayos Si No Boca Seca Si No Enfisema/Bronquitis Si No Epilepsia/Convulsiones Si No Fibromialgia Si No Ataque al Corazon Si No Enfermedad del corazon Si No Marcapasos cardiaco	Si No	Problema Trastorna Osteopoa Tratamie Fiebre re problema Ataques Tubercul Ulceras	es Rena o ment rosis/hi nto psi umatic as de si osis	alea al/nervioso ueso enferm iquiatrico ca inusitis
	Si No Adiccion al alcohol Si No Alergias Estacional Si No Anemia Si No Anorexia/Bulimia Si No Artritis-OA o RA Si No Valvulas artificiales del corazon Si No Articulaciones artificiales Si No Asma Si No Cancer/Tumores Si No Quimioterapia	Si No Diabetes Si No Mareos/Desmayos Si No Boca Seca Si No Enfisema/Bronquitis Si No Epliepsia/Convulsiones Si No Fibromialgia Si No Ataque al Corazon Si No Enfermedad del corazon Si No Marcapasos cardiaco Si No Cirugia de corazon Si No Hepatitis	Si No	Problema Trastorna Osteopoa Tratamie Fiebre re problema Ataques Tubercul Ulceras Otra liste Usas tab	es Rena o ment rosis/hi nto psi umatic as de si osis e en lu aco	alea al/nervioso ueso enferm iquiatrico ea inusitis parte poster
Firma del Paciente/Guardian: Relacion con el Paciente:	Si No Adiccion al alcohol Si No Alergias Estacional Si No Anemia Si No Anorexia/Bulimia Si No Artritis-OA o RA Si No Valvulas artificiales del corazon Si No Articulaciones artificiales Si No Asma Si No Cancer/Tumores Si No Quimioterapia Si No Dolores en el pecno	Si No Diabetes Si No Mareos/Desmayos Si No Boca Seca Si No Enfisema/Bronquitis Si No Epliepsia/Convulsiones Si No Fibromialgia Si No Ataque al Corazon Si No Enfermedad del corazon Si No Marcapasos cardiaco Si No Cirugia de corazon Si No Hepatitis	Si No	Problema Trastorna Osteopoa Tratamie Fiebre re problema Ataques Tubercul Ulceras Otra liste Usas tab	es Rena o ment rosis/hi nto psi umatic as de si osis e en lu aco	alea al/nervioso ueso enferm iquiatrico ea inusitis parte poster
Firma del Paciente/Guardian: Relacion con el Paciente:	Si No Adiccion al alcohol Si No Alergias Estacional Si No Anemia Si No Anorexia/Bulimia Si No Artritis-OA o RA Si No Valvulas artificiales del corazon Si No Articulaciones artificiales Si No Asma Si No Cancer/Tumores Si No Quimioterapia Si No Dolores en el pecno Si No Herpes Labial	Si No Diabetes Si No Mareos/Desmayos Si No Boca Seca Si No Enfisema/Bronquitis Si No Epilepsia/Convulsiones Si No Fibromialgia Si No Ataque al Corazon Si No Enfermedad del corazon Si No Marcapasos cardiaco Si No Cirugia de corazon Si No Hepatitis Si No Alta presion sanguinea	Si No	Problema Trastorna Osteopoa Tratamie Fiebre re problema Ataques Tubercul Ulceras Otra liste Usas tab Adiccion	es Rena o ment rosis/hi nto psi umatic as de si osis e en lu i aco al drog	alea al/nervioso ueso enferm quiatrico ca inusitis parte poster
Firma del Paciente/Guardian: Relacion con el Paciente:	Si No Adiccion al alcohol Si No Alergias Estacional Si No Anemia Si No Anorexia/Bulimia Si No Artritis-OA o RA Si No Valvulas artificiales del corazon Si No Articulaciones artificiales Si No Asma Si No Cancer/Tumores Si No Quimioterapia Si No Dolores en el pecno Si No Herpes Labial	Si No Diabetes Si No Mareos/Desmayos Si No Boca Seca Si No Enfisema/Bronquitis Si No Epilepsia/Convulsiones Si No Fibromialgia Si No Ataque al Corazon Si No Enfermedad del corazon Si No Marcapasos cardiaco Si No Cirugia de corazon Si No Hepatitis Si No Alta presion sanguinea	Si No	Problema Trastorna Osteopoa Tratamie Fiebre re problema Ataques Tubercul Ulceras Otra liste Usas tab Adiccion	es Rena o ment rosis/hi nto psi umatic as de si osis e en lu i aco al drog	alea al/nervioso ueso enferm quiatrico ca inusitis parte poster
	Si No Adiccion al alcohol Si No Alergias Estacional Si No Anemia Si No Anorexia/Bulimia Si No Artritis-OA o RA Si No Valvulas artificiales del corazon Si No Articulaciones artificiales Si No Asma Si No Cancer/Tumores Si No Quimioterapia Si No Dolores en el pecno Si No Herpes Labial Si No Demencia/Enfermedad de Alzheimer	Si No Diabetes Si No Mareos/Desmayos Si No Boca Seca Si No Enfisema/Bronquitis Si No Epliepsia/Convulsiones Si No Fibromialgia Si No Ataque al Corazon Si No Enfermedad del corazon Si No Marcapasos cardiaco Si No Cirugia de corazon Si No Hepatitis Si No Alta presion sanguinea Si No Hipertiroidismo/Tiroidismo	Si No	Problems Trastorno Osteopos Tratamie Fiebre re problems Ataques Tubercul Ulceras Otra liste Usas tab Adiccion Prolapso	es Rena o ment rosis/hi nto psi umatic as de si osis e en lu aco al drog de la v	alea al/nervioso ueso enferm iquiatrico ca inusitis parte poster ga valvula mitra