



Susanna I. Chou, M.D., Ph.D.
Board-Certified Family Practice

340 Fourth Ave, suite 5A
Chula Vista, CA 91910
(619) 425-5559

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nac.: _____ Fecha: _____

Historia Familiar

S	N	Descripcion	S	N	Descripcion
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas Coronarios _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cancer _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas Congenitales _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hypertension _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otro _____

Historia del Paciente

S **N**
 Allergias medicas/otro (Nombre de medicina y reaccion): _____

Ha sido diagnosticado con una condicion medica seria?: _____

Nombra todas sus hospitalizaciones/operaciones/fracturas?: _____

Visita de Hoy

S **N**
 Actualmente esta tomando medicamentos Si, por favor listar todo medicamento?: _____

Que problemas o preguntas quiere discutir con su medico hoy?: _____

