

Patient Medical History and Information

Patient Name: _____

Allergies/ Alergias: Please list any allergies you may have // Por favor apunte cualquier alergia que usted tiene

1.	2.
3.	4.
5.	6.
7.	8.
9.	10.
11.	12.

Medication/Medicamento: Please list any medication you are currently taking // Porfavor apunte cualquier medicamento que este tomando

1.	2.
3.	4.
5.	6.
7.	8.
9.	10.

Past Medical History/ Historia Clinica: Please List any past medical History// Porfavor apunte su historia clinica

1.	2.
3.	4.
5.	6.
7.	8.
9.	10.

Surgeries/Sirugias: Please list any past surgeries// Por favor apunte cirugias pasadas

1.	2.
3.	4.
5.	6.
7.	8.
9.	10.
11.	12.