



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

<b>S</b>	<b>N</b>	<b>Descripcion</b>	<b>S</b>	<b>N</b>	<b>Descripcion</b>
<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?:* \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_