



HISTORIA DE LA SALUD

Consejo
saludable

Complete esta forma y archivo en el equipo. Esto ayudará a establecer un historial médico y ayudarle a prepararse para futuras visitas.

Nombre	Edad y Fecha de nacimiento
Dirección	Ciudad/Estado/Código postal
Teléfono	El número de teléfono de la Persona de Apoyo primario
Médico de Atención Primaria	Clínica
MA/ Números de seguro medico	

Médicos que he visitado en los últimos dos años:

Nombre	la razón

Soy o he sido tratado para:

Condición	Marka la caja se es condition durante	Fecha de diagnóstico
alta/baja presión arterial		
Diabetes		
Convulsiones		
Artritis		
Depresión o ansiedad		
Infección de la vejiga		
Estreñimiento/diarrea		
Problemas de estómago		
Problemas del corazón		
Problemas de respiración		
El cáncer		
Otro		

Mis alergias:

Comidas	Medicamento	Otro

Mis registros de inmunización:

Vacuna	Fecha	Vacuna	Fecha

My family health history:

Miembro de la familia	el diagnóstico y fecha	el diagnóstico y fecha	el diagnóstico y fecha
Madre			
Padre			
Hermano			
Hermana			

Mi historia de la medicación:

Medicacion	Dosis/direcciones	propósito	Prescrito por	Fecha de inicio	Fecha se paró

Pruebas de memoria que he completado:

Nombre de prueba	Completado por	Fecha

* Si usted no ha tomado una prueba de memoria, este kit incluye el formulario NTG-EDSD que puede ser usado como una línea de base inicial para el individuo y luego actualizado cada 6 meses. Para obtener más información, consulte el formulario NTG-EDSD.