



Por cada si explique y de fechas:.....
.....

Apendicectomia:..... Traumatismos craneo:.....

Transfusiones:..... Traumatismo columna:.....

..... Fracturas:.....

..... Otro accidente importante:.....

..... Otra operación seria:.....

.....

¿ Tiene algun problema en los organos citados a continuacion?

Ojos, nariz o garganta:..... Torax, pulmones, corazón:.....

Cabeza, Cuello:..... Abdomen, estomago, intestinos:.....

Sistema genital- urinario:..... Musculos, Huesos:.....

Sangre, vasos sanguineos, linfaticos:..... Piel:.....

Si su contestación es afirmativa, explique:.....

.....

.....

Tiene Ud. reacción alergica a:

Suero:..... Drogas:.....

Alimentos:..... Otros:.....

Si su consteacion es afirmativa, explique:.....

.....

Tiene ud. reaccion alergica a:

Suero:..... Drogas:.....

Alimento:..... Otros:.....

Si su constestación es afirmativa de el nombre y tipo de reaccion:.....

.....

Vacunas infique fechas:.....

Viruela:..... Difteria:.....

Tétano:..... Polio:.....