



1. Cual es su diagnostico o condicion fisica primaria?

2. Que otras codiciones tienes?

3. Lista su receta medica.

4. Lista cualquier hierbas, suplemento o mas medicamentos que usted toma.

5. Tiene alguna lista de las alergias? Lista de las alergias. Lista comida, medicamentos o de temporada.

6. Tiene necesidades especiales?

7. Por favor lista reciente vacunas
 - a. Vacuna contra la gripe Date:
 - b. Neumonia : Date:
 - c. Tetanos Date:
 - d. Hepatitis B Date:
8. Por favor escriba su Idioma primaty. _____
9. A quien(Familia/ Amigo) Puedo hablar sobre su condiciones medicas no sea usted. _____
10. Tiene usted testamento en vida? ____ Si ____ No Firma: _____ Fecha: _____

Reviewed 12/20/2022