



CENTER FOR
COMPREHENSIVE BREAST CARE

LISA R. ALLEN, M.D.

ROSE E. MUSTAFA, M.D.

Capital Health
Center for Comprehensive Breast Care
Two Capital Way, Suite 505
Pennington, NJ 08534

FORMULARIO DE HISTORIAL MÉDICO

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Motivo de la consulta: _____

Médico/proveedor que remite: _____

Médico/proveedor de atención primaria: _____

Otro médico/proveedor: _____

¿Toma algún medicamento, ya sea recetado o no, vitaminas o hierbas?	Sí No	Haga una lista y describa la razón por la cual toma los medicamentos:
¿Es alérgico a algún medicamento o alimento?	Sí No	Haga una lista:
¿Fuma o ha fumado tabaco?	Sí No	Cuánto: Cuantos años fumó: Cuándo dejó de fumar:
¿Bebe alcohol?	Sí No	Cuánto/con qué frecuencia:
¿Alguna vez ha usado drogas ilegales?	Sí No	Cuándo y de qué tipo
¿Sangra o le salen moretones con facilidad?	Sí No	
¿Alguna vez ha estado hospitalizado?	Sí No	¿Cuándo y por qué?
¿Alguna vez se ha sometido a una cirugía?	Sí No	¿Cuándo y por qué?
¿Alguna vez ha tenido problemas con la anestesia?	Sí No	¿Qué problemas?
¿Hay alguna enfermedad no cancerígena en su familia?	Sí No	Haga una lista:

¿Tiene problemas médicos? Explique a continuación: Estatura: _____ Peso: _____