

Carlos E. Spera M.D.
Plastic and Reconstructive Surgery

The Crexent Business Center
12575 Orange Drive # 303
Davie, FL 33330
(954) 577-8585

Palm Springs Center
1840 West 49 Street # 411
Hialeah, FL 33012
(305) 698-0070

8700 Flagler Building
8700 West Flagler Street # 350
Miami, FL 33144
(305) 552-5259

HISTORIA MEDICA

ESTE FORMULARIO DEBE SER COMPLETADO Y FIRMADO

ESTADO DE SALUD: _____ ESTATURA: _____ PESO: _____

MEDICAMENTOS: (Prescripciones y medicamentos sin recetas: vitaminas, medicamentos naturales. Por favor dar mg y dosis)

ALLEGIAS: _____

CIRUGIAS/FECHAS: _____

USTED TIENE HISTORIA DE?

___ ENFERMEDADES DEL CORAZÓN ___ ENFERMEDADES MENTALES ___ PRESIÓN ALTA
___ ENFERMEDADES NEURO-MUSCULARES ___ SANGRAMIENTO EXCESIVO ___ DIABETES
___ TRASTORNO AUTO-INMUNE ___ ENFERMEDADES DEL HIGADO
___ HERPES ___ OTRO

USTED ESTA? EMBARAZADA _____ AMAMANTAR _____

USTED? FUMA _____ TOMA ALCOHOL _____ CANTIDAD DIARIA _____

USTED TOMA ASPIRINA O MEDICACIONES PARECIDAS? _____ SI, CANTIDAD DIARIA _____

USTED TOMA VITAMINA E? _____ SI, CANTIDAD DIARIA _____

LA INFORMACION PREVIA ES VERDDADERA Y ACERTADA DE LO MEJOR DE MI CONOCIMIENTO.

FIRMA DEL PACIENTE (o representante legal)

FECHA