

Smiley, O'Donnell, Fitzgibbons, & Heartfield
Surgical Group

1245 Wilshire Blvd. Suite 905 Los Angeles, CA 90017
(213) 977-1211 Fax: (213) 977- 0625

Medical Information Form

Please print/ Por favor use letra de molde

Name/ Nombre: _____

Date of Birth/
Fecha de nacimiento: _____

Age/ Edad: _____

Occupation/ Ocupacion: _____

Height/ Altura: _____ Weight/ Peso: _____

Smoking: _____ Packs per day: _____ Years: _____
Fumando Paquetes por dia Anos

Alcohol/ Alcohol: _____

Have you ever had a blood or blood product transfusion?
Ha tenido alguna transfusion de sangre o producto de sangre?
Yes/Si _____ No/No _____

Family history (list significant illness)
Historia de familia (anote enfermedades significantes)

Father/ Padre: _____

Mother/ Madre: _____

Brothers/ Hermanos: _____

Sisters/ Hermanas: _____

Children/ Ninos/ as: _____

Grandparents/ Abuelos: _____

Do you have difficulties with your...
Tiene usted algunas dificultades con sus...

Eyes/ Ojos: _____

Ears/ Oidos: _____

Glands/ Glandulas: _____

Lungs/ Pulmones: _____

Heart/ Corazon: _____

Liver/ Higado: _____

Digestion/ Digestion: _____

Urination/ Sistema urinario: _____

Circulation/ Circulacion: _____

List any other medical problems you may have:
Anote cualesquier otro problema medico que usted tiene:

List all previous surgeries with dates:
Anote todas las previas cirugias y las fechas:

List any other hospitalizations:
Anote cualesquier otra hospitalizacion:

List all current medications:
Anote todas las medicinas actuales:

Obstetric Review/ Revisión obstetricia:

of pregnancies: _____ # of births: _____

de embarazos _____ # de nacimientos _____

of Cesarean Section _____ # of vaginal deliveries _____

de cesareas _____ # de entregas vaginales _____

List all medical allergies:

Anote todas las alergias medicas:

Muscles or joints: _____

Musculos o articulaciones _____

Nerves/ Nervios: _____

Office Use- Do not write below

Para uso de oficina- no escriba abajo

Reviewed/ Revisado: _____

Was an episiotomy performed: _____

Le fue realizada una episiotomia _____

Menarche age: _____ Menopause age: _____

Edad de primera menstruacion / Edad de menopausia _____

Circle any significant past or present problems with...

Circule problemas significantes en el pasado o presente con...

Stroke/ Ataque

High BloodPressure/
Alta Presion de sangre

Heart Disease/ Enfermedad
del corazon

Diabetes/ Diabetes

Liver Disease/ Enfermedad
del higado

Kidney Disease/
Enfermedad del rinon

Cancer/ Cancer

Lung Problems/
Problemas del pulmon

HIV/AIDS- VIH/SIDA

Bleeding Problems/
Problemas de sangrado

Anesthetic Problems/
Problemas de anesthesia

Other/ Otro