

Elsie C. Morris, MD 1462 de Montreal Rd. # 418

Tucker, GA 30084 Atlanta, GA 30084

Name: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Instructions: Please answer all questions to the best of your ability. Instrucciones: Por favor conteste todas las preguntas a lo mejor de su capacidad. Check all questions for yes or no answers appropriately, but leave blank if you are not sure. Revise todas las preguntas de sí o no responde adecuadamente, pero deje en blanco si no está seguro.

A. General Health (please circle) Excellent Good Fair Poor A. General de Salud (marque con un círculo) Excelente Bueno Regular Malo

B. Do you or have you ever had any of the following: B. ¿Usted o ha tenido alguna vez alguna de las siguientes:

	Sí	No	Comentarios		Yes	Sí	No	No	Comments	Comentarios
Hipertensión				Dolor de pecho						
Ataque del corazón				Trastornos de la piel						
Carrera				Hepatitis						
Dolores de cabeza				Las cataratas						
Glaucoma				Problema digestivo						
Depresión				Infecciones urinarias frecuentes						
Sangre en las heces				Asma						
Marearse				Alergias						
Cáncer				Enfermedad hepática						
Diabetes				Trastornos glandulares						
Artritis				Trastornos Neurológicos						
Dificultad para oír				Trastornos Emocionales						
Pérdida de la memoria				Fiebre reumática						
Hemorroides				Polio						
Enfermedad Renal				Neumonía						
Dificultad para respirar				Varicela						
TB / Trastorno de pulmón				Paperas						
Úlceras				Sarampión						
VIH / SIDA				Otro						