

## ¿Ha Recibido tratamiento para / o le han diagnosticado?

Enfermedad del corazón	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Fiebre Reumática	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Murmullo en el Corazón	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Presión Sanguínea Anormal	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Lesiones Congénitas del Corazón	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Úlceras	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Diabetes	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Endocrinas (por ejemplo, Tiroides)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Enfermedades Autoinmunes	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Enfermedad Neurológica/Derrame Cerebral	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Epilepsia/Convulsiones	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Sífilis, Gonorrea, Enfermedades Sexualmente Transmitidas	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
SIDA/ o VIH	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Enfermedad Pulmonar	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Asma	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Ictérica/Enfermedad del Hígado/Hepatitis	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Sinusitis / Alergias / Fiebre del Heno	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Artritis	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Prótesis (Cadera, Hombro, etc)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Ha recibido terapia de radiación alguna vez?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Tiene un marcapaso u otro aparato electrónico implantado?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Usa drogas recreacionales? (Cocaína, Marihuana)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Cualquier otra enfermedad seria?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Por Favor Anote:		

Firma: \_\_\_\_\_