



WESTERN DUPAGE OBSTETRICS & GYNECOLOGY

PREVIO A SU CHEQUEO

Nombre: _____

1. Por favor describa/indique sus condiciones médicas:

2. Sus medicaciones actuales y la dosis:

3. Su farmacia para enviar sus recetas.

Nombre:

Dirección:

Teléfono:

4. Alergias:

5. Cirugías y procedimientos previos:

6. Su historia familiar (cáncer, diabetes, etc.):