



MEDICAL QUESTIONNAIRE

Name: _____ **Birth Date:** _____ **Date:** _____
(Nombre) (Fecha de Nacimiento) (Fecha)

Reason for visit: _____
(Razon por visita)

Past medical history: _____
(Historia medica pasada)

Past surgeries: _____
(Cirugias pasadas)

Current medications: _____
(Medicamentos)

Allergies: _____
(Allergias)

Pharmacy: _____ **Phone:** _____
(Farmacia) (Telefono)

Signature: _____
(Firma del paciente)

www.mulkeycardiology.com