

*NY* Center For  
Ear, Nose Throat, Sinus & Allergy, LLP

KANHAIYALAL KANTU, M.D., F.A.C.S.  
SANJAY KANTU, M.D.  
MANOJ KANTU, M.D.  
DIPLOMATES AMERICAN BOARD  
OF OTOLARYNGOLOGY

SINUS & ALLERGY  
FACIAL PLASTIC SURGERY  
HEARING & BALANCE DISORDERS  
SNORING & SLEEP APNEA  
HEAD & NECK SURGERY

**HISTORIA MÉDICA**

Fecha de Nacimiento de Fecha de Hoy (MM/DD/YYYY)

Nombre : Último \_\_\_\_\_ Primero \_\_\_\_\_

¿ALERGIAS? NINGUNO                      SÍ - POR FAVOR PONGA EN UNA LISTA \_\_\_\_\_

PONGA MEDICACIONES CORRIENTES EN UNA LISTA (incluya todas las medicaciones de no prescripción que usted toma) \_\_\_\_\_

POR FAVOR COMPRUEBE CONDICIONES MÉDICAS CORRIENTES/crónicas     NONE

- |  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> acid reflux               | <input type="checkbox"/> depression              | <input type="checkbox"/> high cholesterol                  | <input type="checkbox"/> thyroid disease |
| <input type="checkbox"/> anemia                    | <input type="checkbox"/> emphysema               | <input type="checkbox"/> HIV                               | <input type="checkbox"/> tuberculosis    |
| <input type="checkbox"/> anxiety                   | <input type="checkbox"/> gallbladder             | <input type="checkbox"/> irregular heart beat              | <input type="checkbox"/> ulcers          |
| <input type="checkbox"/> arthritis                 | <input type="checkbox"/> glaucoma                | <input type="checkbox"/> kidney                            |  |
| <input type="checkbox"/> asthma/allergies          | <input type="checkbox"/> gynecologic dis.        | <input type="checkbox"/> migraine                          |  |
| <input type="checkbox"/> bleeding/clotting disease | <input type="checkbox"/> lupus                   | <input type="checkbox"/> parathyroid disease               |  |
| <input type="checkbox"/> breast disease            | <input type="checkbox"/> headaches               | <input type="checkbox"/> pneumonia                         |  |
| <input type="checkbox"/> bronchitis                | <input type="checkbox"/> heart attack date _____ | <input type="checkbox"/> rheumatoid arthritis              |  |
| <input type="checkbox"/> cancer of _____           | <input type="checkbox"/> heart disease           | <input type="checkbox"/> sarcoidosis                       |  |
| <input type="checkbox"/> chronic lung disease      | <input type="checkbox"/> hepatitis B             | <input type="checkbox"/> seizures/epilepsy                 |  |
| <input type="checkbox"/> COPD                      | <input type="checkbox"/> hepatitis C             | <input type="checkbox"/> skin condition (eczema/psoriasis) |  |
| <input type="checkbox"/> diabetes                  | <input type="checkbox"/> high blood pressure     | <input type="checkbox"/> stroke date _____                 |  |

**OTRAS CONDICIONES MÉDICAS:** \_\_\_\_\_

**LAS CIRUGÍAS (DESCRIBEN TIPO Y AÑO)** \_\_\_\_\_

**Uso de Tabaco:**  NINGÚN \*YES. Si sí: **PAQUETES POR DÍA**

**Uso de Alcohol:** \*NO \*Yes. Si Sí, \*Occasional \*Weekly \*Daily

**Firma Paciente** \_\_\_\_\_