

Bievenido

Acerca de Usted...

Fecha de hoy ____ / ____ / ____

Nombre completo _____

Género: F ____ M ____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Dirección domicilio _____

Teléfono fijo _____ Celular _____

Correo electrónico _____

Lugar donde trabaja _____

Teléfono de oficina _____

Contacto de emergencia _____ Celular _____

Contacto de emergencia _____ Celular _____
(que no viva con usted)

Seguro médico _____

Historial Médico Completo (enfermedades o diagnósticos que le han dado en el pasado):

Historial Quirúrgico (todas las cirugías que ha tenido en el pasado):

Antecedentes Familiares importantes (diabetes, presión alta, cáncer, enfermedad cardiaca temprana/antes de los 50 años de edad u otros):

Antecedentes Familiares importantes (diabetes, presión alta, cáncer, enfermedad cardiaca temprana/ antes de los 50 años de edad u otros):

Hábitos:

Uso de tabaco

Sí _____ Cuántos cigarrillos al día? _____ Durante cuántos años? _____

No _____

Uso alcohol

Sí _____ Cuántos vasos al día? _____ Durante cuántos años? _____

No _____

Uso de otras drogas

Sí _____Cuál? _____

No _____

Medicamentos (con dosis): _____

Alergias a medicamentos:

No _____

Sí _____ Por favor detalle _____

Otros médicos que usted ve (nombre y especialidad): _____

Motivo de la consulta: _____

Médico o persona que lo refirió: _____

Nombre _____ Firma _____