

Antecedentes médicos

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Altura: _____ Peso: _____

Razón de la visita de hoy: _____

¿Fuma? Sí No Si la respuesta es afirmativa, ¿cuántos paquetes por día? _____

¿Alguna vez fumó? Sí No Si la respuesta es afirmativa, ¿cuándo dejó de hacerlo? _____

¿Consume alcohol? Sí No Si la respuesta es afirmativa, ¿cuántas bebidas por semana? _____

¿Consume o ha consumido lo siguiente en los últimos tres meses? Marihuana Cocaína Heroína Crack Metanfetaminas

¿Es alérgico a algún medicamento? Sí o No (En caso afirmativo, enumere).

Medicamentos actuales	Dosis

Cirugía previa	Fecha

¿Alguna vez tuvo alguna de las siguientes afecciones? Marque con un círculo todo lo que corresponda: Asma Problemas estomacales Problemas de la vejiga Ictericia Gota

Alcoholismo Enfermedad renal Próstata Enfermedad de la piel Artrosis ACV Ataques de epilepsia Depresión-ansiedad Tiroides Coágulos de sangre

Hipertensión arterial Tuberculosis Diabetes Cáncer Enfermedad pulmonar Enfermedad cardíaca Trastorno psiquiátrico

¿Alguna de estas afecciones es un rasgo de familia? Marque con un círculo todo lo que corresponda: Alcoholismo Artrosis ACV Coágulos de sangre Diabetes Trastorno psiquiátrico Enfermedad cardíaca

Información del médico de atención primaria:

Nombre: _____ Número de teléfono: _____

Dirección: _____

Información de la farmacia:

Nombre: _____ Número de teléfono: _____

Dirección: _____

¿Cómo supo de nosotros? Marque con un círculo lo que corresponda:

Sitio web Familiar/amigo Búsqueda en Internet

Ex paciente o paciente actual (proporcione su nombre para que podamos agradecersele) _____

Médico (especifique): _____

Otro centro sanitario (especifique): _____

Red de seguro (especifique): _____

Otro (especifique): _____