

## 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): \_\_\_\_\_