

Cuestionario de Salud Médica

Información para el paciente

Nombre completo:

Fecha de nacimiento:

Edad:

Dirección:

Teléfono:

Contacto de emergencia:

Relación:

Teléfono de contacto de emergencia:

Historia Clínica

1. Medicamentos actuales

Nombre del medicamento:

Dosificación:

Frecuencia:

2. Alergias:

Alergia:

Reacción:

Alergia:

Reacción:

Alergia:

Reacción:

3. Condiciones crónicas:

4. Antecedentes médicos familiares

Padre:

Madre:

Hermano:

Hábitos de estilo de vida**1. Fumar**

Fumador actual:

Paquetes por año (si corresponde,):

2. Consumo de alcohol

Promedio de tragos por semana:

Tipo de Alcohol:

3. Rutina de ejercicios

Tipo de ejercicio:

Frecuencia:

Información de contacto de emergencia

Contacto principal de emergencia:

Teléfono:

Poder de atención médica/Poder legal:

Teléfono:

Padre/tutor legal (si corresponde):

Teléfono:

Información adicional

El paciente refiere dolores de cabeza ocasionales y solicita recomendaciones sobre cómo controlar el estrés.

Declaración jurada

Declaro que la información contenida en este cuestionario es precisa y completa a mi leal saber y entender.

Firma del paciente:

Nombre:

Fecha:

Notas del proveedor médico

Próximos pasos

--

Fecha de seguimiento

--

Firma del proveedor médico

--

Nombre:
