

# 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**

--

<b>Fecha de seguimiento</b>
-----------------------------

--

<b>Firma del proveedor médico</b>
-----------------------------------

--

Nombre:
---------