

### Datos Demograficos

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Sexo: F \_\_\_ M \_\_\_ Estado Civil: Casado \_\_\_ Soltero \_\_\_ Viudo \_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Últimos 4 dígitos del SS: \_\_\_\_\_

Dirección Postal: \_\_\_\_\_

Dirección Residencial: \_\_\_\_\_

Tel. Residencial: \_\_\_\_\_ Tel. Trabajo: \_\_\_\_\_ Tel. Celular: \_\_\_\_\_

Persona a llamar en caso de emergencia: \_\_\_\_\_

---

---

### Historial Médico (marque con una X)

Diabetes \_\_\_ Asma \_\_\_ Hipertension \_\_\_ Cancer \_\_\_ Colesterol \_\_\_ Trigliceridos \_\_\_

Insomnio \_\_\_ Depresión \_\_\_ Ansiedad \_\_\_ Artritis \_\_\_ Estreñimiento \_\_\_

Enfermedades del corazón \_\_\_ Enfermedades de los riñones \_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

¿Qué especialista visita? \_\_\_\_\_

¿Por qué? \_\_\_\_\_

Diagnostico: \_\_\_\_\_

¿Qué medicamentos toma?

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_ 5. \_\_\_\_\_ 6. \_\_\_\_\_

7. \_\_\_\_\_ 8. \_\_\_\_\_ 9. \_\_\_\_\_

10. \_\_\_\_\_ 11. \_\_\_\_\_ 12. \_\_\_\_\_

¿Es alérgico a algún medicamento? Si \_\_\_ No \_\_\_ ¿Cuáles? \_\_\_\_\_

¿Es usted independiente? Si \_\_\_ No \_\_\_ ¿Con quien vive? \_\_\_\_\_



