



Apellido y Nombre:.....

D.N.I.:..... **Fecha de Nac:**...../...../.....

Marcar por SI o NO todas las preguntas que se formulan a continuación en las secciones A y B

Sección A

1) Peso..... Altura..... Perímetro de la cintura en cm..... Cambios en los últimos meses SI ☐ NO ☐
(Especificar aumento o pérdida).....

2) ¿Ha fumado o fuma? SI ☐ NO ☐ ¿Durante cuánto tiempo? Más de 5 años
Más de 10 años..... Cuántos cigarrillos por día? más de 5..... más de 10..... más de 20.....

3) Ha consumido o consume bebidas alcohólicas? SI ☐ NO ☐ Durante cuánto tiempo? más de 5 años.....
más de 10 años..... Qué cantidad por día? más de un vaso..... más de 1/2 litro..... más de 1 litro.....

4) Utiliza medicamentos o sustancias para dormir? SI ☐ NO ☐
Cómo se llama Cantidad

5) Medicación que recibe o ha recibido en el último año (especificar o nombrar los mismos).....
.....
.....

6) Menstruación regular SI ☐ NO ☐ Fecha última menstruación / /

Trastornos de ovarios o de útero SI ☐ NO ☐.

Enfermedad de las mamas SI ☐ NO ☐

7) Embarazo actual SI ☐ NO ☐ en caso afirmativo citar fecha probable de parto / /

a) ¿Cuántos embarazos ha tenido? b) ¿Cuántos de los embarazos terminaron en parto y/o cesárea?

c) En caso afirmativo, si tuvo algún problema durante los embarazos y partos y/o cesáreas; citarlo brevemente y aclarar si ha quedado con alguna medicación y/o tratamientos:

8) Problemas de próstata SI ☐ NO ☐ Trastorno del aparato reproductor, esterilidad SI ☐ NO ☐

9) ¿Presenta o ha presentado enfermedades de los ojos, oídos, garganta? SI ☐ NO ☐

En caso afirmativo especificar qué y cuál fue el tratamiento:.....
.....

10) Enfermedad mental, trastornos psicológicos y/o tratamientos previos incluyendo uso actual de psicofármacos SI ☐ NO ☐

11) Bocio o enfermedades de la tiroides SI ☐ NO ☐

12) Problemas del corazón, tensión arterial anormal (hipertensión o hipotensión), dolores de pecho SI ☐ NO ☐

13) Enfermedad de Chagas SI ☐ NO ☐

14) Artritis, reumatismo, fiebre reumática, problemas de columna, gota SI ☐ NO ☐

15) Anemia u otra enfermedad de la sangre SI ☐ NO ☐

16) ¿Ha sido excluido de donar sangre? SI ☐ NO ☐ Porqué.....

17) Problemas estomacales o intestinales, diarrea, úlceras, hemorroides SI ☐ NO ☐

18) Problemas de hígado o vesícula biliar SI ☐ NO ☐ ¿Está operado/a de vesícula? SI ☐ NO ☐

19) Hernias inguinales, umbilicales SI ☐ NO ☐ ¿Está operado? SI ☐ NO ☐

20) Problemas renales, vías urinarias, vejiga, cálculos, infecciones frecuentes SI ☐ NO ☐

21) Cáncer o tumores SI ☐ NO ☐ ¿Dónde está localizado?.....

22) Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), seropositividad para el virus (test HIV +) SI ☐ NO ☐

- 23) ¿Tiene problemas de colesterol o triglicéridos altos?
(en caso afirmativo adjuntar informe de los últimos valores) SI ☐ NO ☐
- 24) Diabetes o alguna enfermedad metabólica SI ☐ NO ☐
- 25) Tuberculosis, asma o bronquitis crónica u otras enfermedades pulmonares SI ☐ NO ☐
- 26) Defectos físicos, cojera, amputación, deformidades SI ☐ NO ☐
- 27) Enfermedades transmitidas por vía sexual SI ☐ NO ☐
- 28) Otras enfermedades no mencionadas en esta declaración.

Especificar:.....
.....

Sección B

Indicar si además de las enfermedades y/o cuadros enumerados en la sección A, durante los últimos 5 (cinco) años se ha efectuado algún examen físico. SI ☐ NO ☐

¿Ha visitado algún médico o establecimiento de salud por alguna consulta y/o tratamiento médico o quirúrgico o examen respecto a alguna enfermedad que no está indicada en la sección A? SI ☐ NO ☐

¿Ha tenido algún problema de salud o algún síntoma que no esté indicado en ninguno de los puntos precedentes por el cuál haya o no efectuado alguna consulta? SI ☐ NO ☐

Sección C

En caso de haber respondido afirmativamente algún punto de las secciones A o B, proporcionar toda la información solicitada en esta sección, Historia Clínica (diagnóstico, tratamiento, fecha, nombre y apellido del médico tratante, institución donde se atendió), y demás documentación (agregar otra hoja a la presente si fuera necesario).

IMPORTANTE:

SIRVASE VERIFICAR SI TODA LA INFORMACIÓN SOLICITADA EN EL PRESENTE FORMULARIO HA SIDO PROPORCIONADA. TODA SOLICITUD QUE ESTUVIERA INCOMPLETA SERÁ DEVUELTA AL SOLICITANTE A LOS EFECTOS DE COMPLETAR LOS DATOS NECESARIOS.

FIRMA DEL SOLICITANTE

ACLARACION DE LA FIRMA

D.N.I.