

## **BANCO DE ANTECEDENTES MÉDICOS**

September 21 2021

# Contents



---

1. Formulario Datos paciente
2. Pestaña2 - Formulario datos del paciente

1 — 2 — 3 — 4 — 5

Q Consultar

### Datos Generales del paciente

Nombres	<input type="text"/>	Fecha de nacimiento	<input type="text"/>
Apellidos	<input type="text"/>		
País	<input type="text" value="Select"/>	Edad	<input type="text" value="5"/>
E-mail	<input type="text"/>		
Teléfono	<input type="text" value="Select"/>	Idioma del paciente	<input type="text" value="Select"/>
Dirección	<input type="text"/>	Genero	<input type="text" value="Select"/>
Entidad prestadora de salud	<input type="text" value="Select"/>		


### Contacto en casos de emergencia

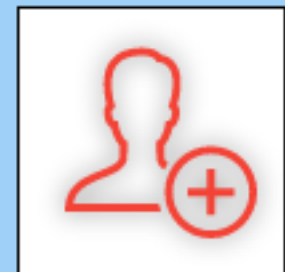
Nombres	<input type="text"/>	País	<input type="text" value="Select"/>
Apellidos	<input type="text"/>		
Teléfono	<input type="text"/>		

### Antecedentes médicos

Alergias	<input type="text"/>
Tipos alergias	<input type="text" value="Select"/>

### Antecedentes quirúrgicos

Cirugía	<input type="text"/>
Tipos cirugía	<input type="text" value="Select"/>
Fecha ultima cirugía los últimos seis meses	<input type="text"/>
	
Tipo de complejidad	<input type="text" value="Select"/>



Imagen

Atras

Siguiente



1 — 2 — 3 — 4 — 5

Q Consultar

*Medicamentos*Medicamentos  
que está tomando

Efectos secundarios

\*Marque los espacios

- ☐ Malestar General
- ☐ Taquicardia
- ☒ Cefaleas
- ☐ Mareo
- ☐ lipotimias
- ☐ Hipersensibilidad

*Exámenes Médicos*

¿Se ha hecho Mamografías?

Select ▼

¿Se ha hecho TACS?

Select ▼

Sí marcó Si. ¿Que tipo de TAC?

¿Se ha hecho exámenes de sangre?

Select ▼

Sí marcó Si. ¿Qué tipo de examen?

¿Qué otro tipo de examen se ha  
hecho? \*Y porque*Vacunas*

Nombre de la vacuna

Nombre de la vacuna

Fecha Próxima dosis

No. de Lote

*Datos Médicos*

Edad primera Regla

Fecha de ultima  
Regla

¿Ha tenido embarazos?

Select ▼

No. de partos

*¿Ha tomado métodos anticonceptivos?*☒ Si ☐ No¿Desde hace cuanto  
planifica?

Tipo de Método

Select ▼

*¿Presenta menopausia?*☒ Si ☐ No

¿Desde hace cuanto?

Atras

Siguiende

