

## DATOS DEL PACIENTE

Nombre completo:

Fecha de nacimiento (AAAA-MM-DD):

Sexo / Género:

Dirección:

Teléfono:

Correo electrónico:

## CONTACTO DE EMERGENCIA Y MÉDICO

Nombre contacto de emergencia:

Teléfono contacto de emergencia:

Médico de cabecera:

## MOTIVO DE CONSULTA

Motivo de consulta:

Duración del malestar:

Descripción de síntomas:

## HISTORIAL MÉDICO Y MEDICAMENTOS

Condiciones previas:

Cirugías / Hospitalizaciones:

Lesiones o accidentes graves:

Medicamentos recetados:

Suplementos:

Medicina alternativa:

Alergias a medicamentos:

Alergias alimentarias:

Alergias ambientales:

Enfermedades infecciosas:

## ANTECEDENTES FAMILIARES

Enfermedad cardíaca

Diabetes

Hipertensión

Embolia / Derrame

Trastornos de salud mental

Cáncer (tipo):

Otros:

## EXÁMENES Y VACUNAS

Último examen físico:

Último análisis de sangre:

Última vacunación importante:

## ESTILO DE VIDA

Fuma tabaco

Cantidad tabaco/día:

Años fumando:

Consume alcohol

Bebidas alcohólicas/semana:

Usa drogas recreativas

Tipo y frecuencia de droga:

Hábitos de ejercicio:

Descripción de la dieta:

## SALUD DE LA MUJER

Última menstruación:

Embarazada o posiblemente embarazada

Último mamograma / Papanicolaou:

## REVISIÓN DE SISTEMAS

Fiebre o escalofríos

Fatiga o debilidad

Dolor de pecho

Dificultad para respirar

Tos

Dolor de cabeza

Dolor abdominal

Otros síntomas:

## COMENTARIOS Y BANDERAS ROJAS

Comentarios adicionales:

Banderas rojas para revisión médica:

## FIRMA

Firma:

Fecha de firma (AAAA-MM-DD):