

FORMULARIO PARA PACIENTES

Nombre:

Fecha de nacimiento:

Domicilio:

Nacionalidad:

Teléfono:

1. Motivo de consulta (ejemplo: dolor de panza, mucha tos, dificultad para orinar comezón en la piel, etc).....
2. Antecedentes de enfermedades ú operaciones quirúrgicas
Sí;cuales? No
3. ¿Ha tenido antecēdentes alérgicos?
Sí;cuales? No
4. ¿Ha tenido antecēdentes alérgicos causados por medicamentos?
Sí;cuales? No
5. ¿Actualmente está tomando Ud. medicamentos?
Sí;cuales? No
6. ¿Tiene Ud. antecēdentes alcohólicos?
Sí No
7. ¿Tiene Ud. antecēdentes de tabaquismo?
Sí No
8. ¿Está Ud. embarazada (sólo para mujeres)?
Sí No
9. ¿Cómo se enteró Ud. de ésta clínica?