

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 antecédentes alérgicos?

Sí;cuales?

No

4. ¿Ha tenido antecédentes alérgicos causados por medicamentos?

Sí;cuales?

No

5. ¿Actualmente está tomando Ud. medicamentos?

Sí;cuales?

No

6. ¿Tiene Ud. antecedentes alcohólicos?

Sí

No

7. ¿Tiene Ud. antecedentes de tabaquismo?

Sí

No

8. ¿Está Ud. embarazada (sólo para mujeres)?

Sí

No

9. ¿Cómo se enteró Ud. de ésta clínica?