

Cuestionario historial médico

1. apellido, nombre _____ fecha de nacimiento _____
correo electrónico _____ tlf./móvil _____
dirección, código postal, sitio _____
casado (desde _____) separado o divorciado (desde _____)
profesión _____

2. Describa sus problemas actuales:

3. ¿Qué otras enfermedades tiene usted?

4. ¿De qué operaciones ha sido sujeto usted?

5. ¿Qué medicamentos está tomando usted actualmente?

6. ¿Tiene alguna alergia?

medicamentos _____ alimentos _____
polen _____ otros _____

7. ¿Está usted susceptible de padecer constipado diarrea insomnio ?

8. peso actual _____ altura _____

9. ¿Fuma usted? _____

10. ¿Cuánto alcohol consume usted? _____

11. ¿Qué vacunas se ha puesto? _____

12. ¿Existe en su familia alguna enfermedad hereditaria, tumoral o metabólica?
