

Cuestionario historial médico

1. Apellido, Nombre _____ fecha de nacimiento _____

Correo electrónico _____ tlf./móvil _____

Dirección, código postal, sitio _____

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?
