



Fecha
DIA MES AÑO

Fecha de nacimiento
DIA MES AÑO

Documento de identidad:

Nombres Apellidos

Dirección y Comuna Ciudad/país Isapre/Fonasa:
Seguro Complementario:

Casa

Celular:

Destacar teléfono preferente.

Oficina

e-mail:

Enfermedades crónicas o permanentes: Antecedentes, operaciones:

Hábitos:

Alergias:

Hipertensión	Cesárea
Arritmias	Histerectomía
Diabetes	Vesícula
Epilepsia	Amígdalas
Tiroides	Hernias
Reumatismo	Válvula Cardíaca
Glaucoma	Bariátrica
¿Fuma?	Otras operaciones

Estatura máxima (cm):
Peso actual (kg):
Orina de día (veces):
Orina de noche (veces):
Evacúa cada (días):
Ejercicio (horas x semana):
Insomnio:

Yodo
AINEs
Aspirina
Penicilina
Quinolonas
Sulfas
Otras alergias:

PARA MUJERES

Su Ginecólogo actual

Anticonceptivo o terapia hormonal actual:

Embarazos: Última Mamografía (año):
Partos: Última Eco Gine:
Pérdidas: Último Papanicolaou (año):

Primera regla (edad): ¿Regla con dolor?
Última regla (fecha): ¿Observa coágulos?:
Reglas duran (días): ¿Más de 16 paños?:
Llegan cada (días): ¿Cambio de carácter?:

Medicamentos que toma: (todos) Incluir psicofármacos,

Antecedentes Heredables

PADRE MADRE HERMANO OTRO

Infarto
Hemiplejía
Trombosis
Diabetes
Cáncer de Colon
Cáncer de mama
Fracturas

Motivo principal de consulta:

Chequeo?:

Exámenes (último año):

Realizados Anormales

Antígeno Prostático
Hemograma
Perfil Bioquímico
Perfil Lipídico, colesterol
Creatininemia
TSH
A1C Hemoglobina Glicosilada
Microalbuminuria
Orina Complet
Electrocardiograma

Espacio reservado: