

Código Documental:

FO-OP-50

Versión:

2

Fecha de actualización:

25-Jun-18

Página:

1 de 1

(FAVOR LLENAR EL SIGUIENTE FORMULARIO EN LETRAS DE MOLDE Y CON LA MAYOR CLARIDAD POSIBLE)

APELLIDO (S):

NOMBRE (S):

MATRÍCULA:

EDAD:

ÁREA:

HISTORIA DE ENFERMEDAD ACTUAL.-

¿Sufre de alguna enfermedad, o condición que requiera atención? En caso afirmativo, indicar cual?

 Sí

 No

¿Ha tenido algún accidente importante? En caso afirmativo, indicar cuál?

 Sí

 No

¿Ha recibido cirugía alguna vez? En caso afirmativo indicar cuál?

 Sí

 No

¿Puede practicar deportes?

 Sí

 No

¿Sufres algún tipo de alergia? En caso afirmativo especificar a qué?

 Sí

 No

ENFERMEDAD QUE PADECEN.-

Madre:

Padre:

Hermanos:

¿Tienes seguro médico?

 Sí

 No

Nombre del Seguro:

¿HAS PADECIDO ALGUNAS DE ESTAS ENFERMEDADES?

	SI	NO
Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor de cabeza agudo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sinusitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presión Alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presión Baja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soplo Cardíaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gastritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Úlcera péptica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infección en las vías urinarias (Riñones)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Especificar si tiene algún tratamiento médico actualmente:

PERSONA DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIAS

Parentesco:

Nombre:

Teléfono: