

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

FECHA

Día		Mes		Año			

DATOS PERSONALES DEL PACIENTE

NOMBRE COMPLETO

MATRICULA

--	--	--	--	--	--	--	--

CARRERA

EDAD

HISTORICO DE ENFERMEDAD

PADECE ALGUN TIPO DE ENFERMEDAD ACTUALMENTE?

Sí No

SI SU REPUESTA ES POSITIVA, ¿QUE ENFERMEDAD PADECE?

¿ERES ALERGICO A ALGUN MEDICAMENTO?

Sí No

SI SU REPUESTA ES POSITIVA, MENCIONE EL NOMBRE DEL MEDICAMENTO

¿VIVES EN LA RESIDENCIA ACADEMICA?

Sí No

FAVOR SELECCIONAR LAS ENFERMEDADES QUE HA PADECIDO

<input type="checkbox"/> EPILEPSIA	<input type="checkbox"/> CEFALEA - MIGRAÑA
<input type="checkbox"/> AMIGDALITIS FRECUENTES	<input type="checkbox"/> SINUSITIS
<input type="checkbox"/> ASMA	<input type="checkbox"/> HIPOTENSION
<input type="checkbox"/> ENFERMEDADES CARDIACAS	<input type="checkbox"/> MALESTAR ESTOMACAL
<input type="checkbox"/> GASTRITIS	<input type="checkbox"/> ULCERA PEPTICA
<input type="checkbox"/> DIABETES	<input type="checkbox"/> INFECCION DE VIAS URINARIAS
<input type="checkbox"/> HIPERTENSION ARTERIAL	<input type="checkbox"/> OTROS