

(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**

**CODIGO DE EMPLEADO**

**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