

(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