

**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_ **Ocupación:** \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Historia médica previa:**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Historia quirúrgica previa:**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Alergias (en su caso, explique reacción):**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Medicamentos administrados actualmente:**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Consumo de alcohol:** Sí No En caso afirmativo, cantidad por semana: \_\_\_\_\_ o por mes: \_\_\_\_\_

**Consumo de tabaco:** Sí No En caso afirmativo, cantidad por día: \_\_\_\_\_

**Preguntas generales sobre la salud** (Indique si padece alguna de las siguientes):

**General:**

Sí No Fiebre  
Sí No Escalofríos  
Sí No Cambio de peso reciente

**Piel:**

Sí No Urticaria  
Sí No Llagas/úlceras en la pierna  
Sí No Cambio de color

**Cardiovascular:**

Sí No Dolor de pecho  
Sí No Palpitaciones  
Sí No Hinchazón/dolor de piernas

**Respiratorio:**

Sí No Tos  
Sí No Falta de aire

**Oído, nariz, garganta:**

Sí No Zumbido en los oídos  
Sí No Disminución de la audición  
Sí No Goteo nasal  
Sí No Ojos llorosos  
Sí No Dolor de garganta

**Hematología:**

Sí No Fácil formación de hematomas  
Sí No Easy bleeding

**Músculo esquelético:**

Sí No Dolor muscular  
Sí No Dolor de articulaciones

**Neurológico:**

Sí No Menor sensibilidad  
Sí No Ataques de epilepsia  
Sí No Debilidad

**Gastrointestinal:**

Sí No Dolor de abdomen  
Sí No Náuseas  
Sí No Vómitos  
Sí No Diarrea  
Sí No Constipación  
Sí No Heces con sangre

**Vista:**

Sí No Cambio en la visión

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha