

**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