

FORMULARIO DE ADMISIÓN MÉDICA

N.º de cliente _____

Edad: _____ Altura: _____ Peso: _____ ¿Qué mano utiliza para escribir? Izquierda Derecha

Médico primario (PCP): _____

¿Están sus vacunas al día? No Sí

¿Hace ejercicio? No Sí Si la respuesta es «Sí», describa: _____

Tabaco: No Sí Si la respuesta es «Sí», número de cigarrillos por día: _____ N.º de años: _____ Fecha de último consumo: _____

Alcohol: No Sí Si la respuesta es «Sí», frecuencia: _____ Fecha de último consumo: _____

Marihuana: No Sí Si la respuesta es «Sí», frecuencia: _____ Fecha de último consumo: _____

Consumo de drogas: No Sí Si la respuesta es «Sí», frecuencia: _____ Fecha de último consumo: _____

¿Está embarazada? No Sí ¿Es posible que esté embarazada? No Sí

HISTORIAL MÉDICO: Marque sus afecciones médicas *actuales* o *previas*.

- | | | | | |
|--|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Fibromialgia | <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Gota | <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular/Convulsión |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Ataque cardíaco | <input type="checkbox"/> VIH | <input type="checkbox"/> Neuropatía | <input type="checkbox"/> Abuso de sustancias |
| <input type="checkbox"/> Coágulos sanguíneos | <input type="checkbox"/> Émbolos | <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca | <input type="checkbox"/> Colesterol alto | <input type="checkbox"/> Enfermedad psiquiátrica |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad tiroidea | <input type="checkbox"/> Alcoholismo | <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Artritis reumatoidea | <input type="checkbox"/> Úlceras/Heridas |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Infección por SARM | <input type="checkbox"/> DSR/SDRC | <input type="checkbox"/> Arritmia |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Enfisema | <input type="checkbox"/> Osteoporosis | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> Apnea del sueño |
| <input type="checkbox"/> Infección del tracto urinario (ITU) frecuente | <input type="checkbox"/> Enfermedad hepática | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal | <input type="checkbox"/> Disfunción sexual | |

¿Tuvo una lesión en la cabeza con pérdida de la conciencia? No Sí Si la respuesta es «Sí», ¿cuándo? _____

¿Tuvo una lesión en la cabeza sin pérdida de la conciencia? No Sí Si la respuesta es «Sí», ¿cuándo? _____

Otro: _____

HISTORIAL QUIRÚRGICO: Enumere cualquier procedimiento quirúrgico previo, así como la fecha y el lugar en que se realizó.

| Procedimiento: | Fecha: | Lugar: |
|----------------|--------|--------|
| | | |
| | | |
| | | |

ANTECEDENTES FAMILIARES: Marque las afecciones médicas presentes en sus antecedentes familiares.

- | | | | |
|-----------------------------|--|--|--|
| Cardíacas: | <input type="checkbox"/> Ataque cardíaco | <input type="checkbox"/> Arritmia | <input type="checkbox"/> Muerte súbita |
| Músculo-esqueléticas: | <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Enfermedad reumatoidea | |
| Neurológicas/Psiquiátricas: | <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular | <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Psicosis |

