

## 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 |

