



FICHA DE IDENTIFICACION

Nombre: _____
Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Domicilio: _____
Colonia: _____ Localidad: _____
Teléfono: _____ Email: _____
Lo envía algún médico o aseguradora?: _____

ANTECEDENTES FAMILIARES:

Hipertensión arterial	<input type="checkbox"/>	Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>
Cardiopatía isquémica (infarto)	<input type="checkbox"/>	EVC (embolia)	<input type="checkbox"/>
Colesterol / Triglicéridos altos	<input type="checkbox"/>	Cáncer	<input type="checkbox"/>
Problemas de la tiroides	<input type="checkbox"/>	Alzheimer	<input type="checkbox"/>

ANTECEDENTES PERSONALES:

Tipo de sangre: _____ Alergias: _____
Fumador Edad de inicio: _____ Cigarros/día: _____
Hace ejercicio regularmente?: Sí No
Hipertensión arterial: Sí No Año de diagnóstico: _____
Diabetes: Sí No Año de diagnóstico: _____
Colesterol / Triglicéridos altos: Sí No Año de diagnóstico: _____
Infarto de corazón previo: Sí No Año en que ocurrió: _____
Embolia cerebral previa: Sí No Año en que ocurrió: _____
Otros: _____

Cirugías previas: _____

Medicamentos que toma (indique: la dosis y tomas al día)

Indique brevemente la razón motivo de su consulta:

