

Formulario para paciente nuevo

Datos personales

- Nombre completo:
- Fecha de nacimiento:
- Edad:
- Sexo:
- Teléfono:
- Correo electrónico:
- Dirección:

Motivo de consulta

- Motivo principal de la consulta:
- Duración de los síntomas:

Antecedentes médicos

- ¿Padece alguna enfermedad crónica? (diabetes, hipertensión, etc.):
- ¿Ha tenido cirugías previas? ¿Cuáles?:
- ¿Toma algún medicamento actualmente?:
- ¿Es alérgico(a) a algún medicamento o sustancia?:

Otros

- ¿Práctica deportiva?:
- ¿Hábitos (tabaco, alcohol, etc.) ?:

Firma

- Firma del paciente: _____
- Fecha: _____