

Cuestionario de Paciente

Nombre: _____

Fecha de Hoy: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Alergias: Lista de todas medicaciones y comidas además la reacción a ellas.

Medicaciones: Liste sus medicaciones y la dosis si posible.

Historia Medica: Liste todas sus condiciones médicas.

Historia de Cirugía: Liste todas sus cirugías previas.

Historia Familiar: Liste todas las condiciones médicas de familiares de sangre.

Historia Social

Cigarros:

- Nunca fumo
- Fumo algunos días
- Fumo todos los días
- Fumador vapeador
- Ex Fumador

Alcohol:

- Ningún
- Ocasionalmente (1-2 bebidas)
- Social (1-2 bebidas)
- Diario 1-2 bebidas
- Diario 2-5 bebidas
- Diario >5 bebidas
- Alcohólico

Drogas Recreativas:

- Ninguna
- Marijuana
- Otro: _____

¿Ha tenido alguna caída o problemas con su equilibrio?

Si No

Mi Estatura _____. Mi Peso _____.