

Por favor, tenga la amabilidad de responder a este cuestionario (en letras mayúsculas). Ponga un SI cuando la frase sea correcta o rellene los espacios con la información solicitada. Gracias por su confianza.

Nombre y apellidos:			Movil:
Fecha de nacimiento:	Edad:	Estado civil:	NIF:
Natural de:		Provincia:	País:
Domicilio:			Telf.:
Ciudad:	Provincia:	C.P.:	
Profesión:	Empresa:	Telef.:	
E-mail:			
CUAL ES EL MOTIVO DE SU CONSULTA :			

Ultimamente ha hecho: Examen médico Análisis de sangre Radiografías Electrocardiograma

En su familia hay antecedentes de enfermedades: Cardíacas Hipertensión
 Alérgicas De la coagulación Congénitas Diabetes Cáncer

Para mujeres: Edad de la 1ª regla Embarazos Lactancias Dolor en senos
 Reglas abundantes Rigidez cutánea Problem. circulat. Secrecc. pezón Anticonceptivos

Ha padecido de: Cefaleas Eccemas Hipertensión Pulmón
 Alergias Corazón Falta de aire Ictericia Riñón
 Anemia Diabetes Fatiga Insomnio Taquicardia
 Artritis reumatoide Dolores articulares Glaucoma Lup. Eritematoso Temblores
 Asma Edemas Hepatitis Mareos Tiroides
 Bronquitis Esclerodermia Hígado Nauseas Vómitos

Alguna enfermedad importante o accidente grave?

Le han trasfundido sangre alguna vez?

Su carácter suele ser: Animoso Tranquilo Nervioso Depresivo

Su cicatrización es: Buena Regular Mala Queloide
 Le aparecen moratones sin golpearse? Cuando se corta o pincha, tarda mucho en dejar de sangrar?
 Ha tenido algún sangramiento anormal? Nariz Encías Orina

Ha sufrido alguna reacción alérgica tipo: Asma Rinitis Dermatitis
 Ha tenido alguna reacción alérgica cutánea al: Iodo Esparadrapo Bisutería
 Es alérgico a algún medicamento? Cuales?

Ha tomado últimamente o está tomando actualmente alguna de estas medicinas?:

Somníferos Tranquilizantes Psicofármacos Hormonas Antialérgicos
 Antiinflamatorios Aspirina Antigripales Corticoides Ninguna
 Cuáles?

Si ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica, escriba a cuales:

El dentista le ha anestesiado alguna vez? _____
 Ha tenido alguna reacción a la anestesia local? _____
 Y a la Anestesia General? _____

Datos estadísticos Peso Altura Hijos
 Fuma Cuantos cigarrillos
 Bebe alcohol Socialmente Comidas Diariamente
 Utiliza gafas Lentillas Prótesis dentales Otras prótesis

Otros datos de interés: _____

Fecha

Firma