



Formulario de Antecedentes Médicos

Segunda Opinión Médica a Distancia



INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Primer apellido del paciente

Primer nombre del paciente

Fecha de nacimiento

ANTECEDENTES MÉDICOS PERSONALES

Los antecedentes médicos personales son una pieza muy importante para los especialistas que revisarán su caso. Por favor marque las opciones que apliquen e incluya los nombres de los medicamentos que han sido indicados para cada condición

ENFERMEDAD/TRASTORNO	SÍ	NO	EDAD	TRATAMIENTO
Alergia respiratoria y/o asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Alergia a algún medicamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Otras alergias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Presión arterial alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Trastornos del colesterol/ hiperlipidemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Trastornos convulsivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Depresión/trastornos nerviosos/ mentales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Artritis/enfermedades reumáticas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Enfermedades de los riñones y/o vías urinarias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
¿Ha sido diagnosticado(a) con alguna enfermedad diferente de las anteriores que quiera mencionar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
¿Ha sufrido algún traumatismo físico que haya requerido tratamiento médico/hospitalario?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
¿Ha sido hospitalizado(a) previamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
¿Ha sido sometido(a) a alguna cirugía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Por favor describa los medicamentos que está recibiendo actualmente, incluyendo, si es del caso, productos homeopáticos:

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	DOSIS (por ejemplo: Tableta de 20 mg, 3 veces/día)
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>



Formulario de Antecedentes Médicos

Segunda Opinión Médica a Distancia



ANTECEDENTES MÉDICOS FAMILIARES

En esta sección describa los antecedentes de salud de de: padres, hijos, abuelos, tíos, primos, hermanos y sobrinos.

ENFERMEDAD/TRASTORNO	SÍ	NO	PARENTESCO	TRATAMIENTO
Aparato Respiratorio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Hipertensión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Trastornos del colesterol/ hiperlipidemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Depresión/trastornos nerviosos/mentales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Artritis/enfermedades reumáticas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
¿Tiene usted algún familiar directo que haya padecido de alguna condición no descrita arriba?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
¿Alguno de sus padres ha fallecido? En caso afirmativo por favor describa la edad y la causa del fallecimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		