



**DATOS PERSONALES**

APELLIDO		NOMBRES	
TIPO Y Nº DE DOCUMENTO		FECHA DE NACIMIENTO	
DOMICILIO		LOCALIDAD	
TELÉFONO	CELULAR	E-MAIL	

**HISTORIA CLÍNICA (Marcar con un círculo la respuesta correcta)**

**GRUPO SANGUÍNEO**

FACTOR RH

+ -

**Enfermedades padecidas hasta la fecha**

Sarampión	SI	NO	Escarlatina	SI	NO
Hepatitis	SI	NO	5ta Eruptiva	SI	NO
Paperas	SI	NO	Rubeola	SI	NO
Poliomelitis	SI	NO	Epilepsia	SI	NO
Tos convulsa	SI	NO	Sinusitis	SI	NO
Varicela	SI	NO	Otras:		

**Vacunas o sueros recibidos**

Antitetánica	SI	NO
Antidiftérica	SI	NO
Antivariólica	SI	NO
Antipoliomielítica	SI	NO
Antituberculosa	SI	NO
Antiofídica	SI	NO
Antitífica	SI	NO

**Es alérgico a:**

Comidas	SI	NO
Medicamentos	SI	NO
Antibióticos	SI	NO
Picadura de insectos	SI	NO
Polvo, polen	SI	NO
Plumas	SI	NO
Otros:		

**Enfermedades que padece o a la que es propenso**

Asma	SI	NO	Convulsiones	SI	NO
Bronquitis	SI	NO	Sonambulismo		
Resfrío	SI	NO	Desmayos	SI	NO
Afecciones oído	SI	NO	Constipación		
Afecciones nariz	SI	NO	HIV	SI	NO
Afecciones ojos	SI	NO	Otras:		

**Intervenciones quirúrgicas**

Apendicitis	SI	NO
Amigdalitis	SI	NO
Hernias	SI	NO
Otras:		

**Antecedentes traumatológicos**

Esguinces	SI	NO
Fracturas	SI	NO
Otras:		

**Está tomando algún medicamento**

SI | NO

¿Cuál?:

(Nombre de la droga genérica y componentes %)

**Sigue algún tratamiento?**

SI | NO

¿Cuál?:

**Fuma?** SI | NO

Cantidad por día:

**Tiene problemas de quemaduras por exposición al sol?**

SI | NO

**Régimen especial alimenticio (médico)**

SI | NO

¿Cuál?:

Según mi leal consentimiento, declaro verídicos todos los datos que proporciono en el presente cuestionario.

Firma

Aclaración

FECHA / /