



Fecha: Fecha de nacimiento: Cédula de identidad:
Nombres: Apellidos
Dirección: Ciudad/país Isapre/Fonasa:
Seguro Complementario:



Casa



Oficina

Celular:

@e-mail:



Destacar
teléfono preferente.

Enfermedades crónicas o permanentes:

Hipertensión
Arritmias
Diabetes
Epilepsia
Tiroides
Reumatismo
Glaucoma
¿Fuma?

Antecedentes, operaciones:

Cesárea
Histerectomía
Vesícula
Amígdalas
Hernias
Válvula Cardíaca
Bariátrica
Otras operaciones

Hábitos:

Estatura máxima (cm):
Peso actual (kg):
Orina de día (veces):
Orina de noche (veces):
Evacúa cada (días):
Ejercicio (horas x semana):
Insomnio:

Alergias:

Yodo
AINEs
Aspirina
Penicilina
Quinolonas
Sulfas
Otras alergias:

Antecedentes Ginecológicos

Anticonceptivo
o terapia
hormonal
actual:

Embarazos:
Partos:
Pérdidas:

Última Mamografía (año):
Última Eco Gine:
Último Papanicolaou (año):

Primera regla (edad):

¿Regla con dolor?

Última regla (fecha):

¿Observa coágulos?:

Reglas duran (días):

¿Más de 16 paños?:

Llegan cada (días):

¿Cambio de carácter?:

Medicamentos que toma: (todos) Incluir psicofármacos

Antecedentes
Heredables

PADRE
MADRE
HERMANO
OTRO

Infarto

Hemiplejia

Trombosis

Diabetes

Cáncer de Colon

Cáncer de mama

Fracturas

Motivo principal de consulta:

Chequeo?:

Exámenes
(último año):

Realizados
Anormales

Hemograma

Perfil Bioquímico

Perfil Lipídico, colesterol

Creatininemia

TSH

A1C Hemoglobina Glicosilada

Microalbuminuria

Orina Complet

Electrocardiograma

V.D.R.L

Espacio reservado: