

HISTORIA CLÍNICA DEL ADULTO

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

¿Qué problema de salud tiene actualmente? _____

Edad: _____ Altura: _____ Peso: _____

¿Consume productos de tabaco? _____ ¿Qué cantidad, con qué frecuencia? _____

¿Consume alcohol? _____ ¿Qué cantidad, con qué frecuencia? _____

¿Qué drogas sin prescripción médica consume? _____

Nombre del médico de atención primaria, dirección y número de teléfono: _____

Enumere todos los medicamentos prescritos y no prescritos que toma actualmente.

Medicamento	Dosis	Frecuencia	¿Cuál es la razón?	Médico que lo prescribe

¿Alguna alergia? _____

¿Necesita alguna adaptación especial o tiene alguna necesidad en particular? Sí / No

Describa cualquier problema de salud serio que haya tenido en el pasado. _____

Agregue cualquier comentario acerca de su salud que le gustaría compartir con nosotros. _
