

## FICHA DE ANTECEDENTES MÉDICOS

### INFORMACIÓN PERSONAL

Nombre Completo:	
Fecha de Nacimiento	Edad:
Correo Electrónico:	Teléfono:
Seguro de Salud:      Sí              No	Institución:
En caso de emergencia llamar a:	Teléfono:
Tipo de Sangre:	

### HISTORIA MÉDICA GENERAL

Presenta alguna historia médica con respecto a :

		Sí	No
<b>1</b>	¿Problemas respiratorios? ¿Asma?	<b>Sí</b>	<b>No</b>
<b>2</b>	Problemas gastrointestinales	<b>Sí</b>	<b>No</b>
<b>3</b>	Diabetes	<b>Sí</b>	<b>No</b>
<b>4</b>	Hipertensión	<b>Sí</b>	<b>No</b>
<b>5</b>	Hemorragias o Enfermedades Sanguíneas	<b>Sí</b>	<b>No</b>
<b>6</b>	Hepatitis	<b>Sí</b>	<b>No</b>
<b>7</b>	¿Problemas neurológicos? ¿Epilepsia?	<b>Sí</b>	<b>No</b>
<b>8</b>	¿Ataques? ¿Fobias?	<b>Sí</b>	<b>No</b>
<b>9</b>	Mareos o historia de desmayos	<b>Sí</b>	<b>No</b>
<b>10</b>	Trastornos cardíacos	<b>Sí</b>	<b>No</b>
<b>11</b>	Problemas del aparato urinario	<b>Sí</b>	<b>No</b>
<b>12</b>	¿Cualquier otra enfermedad?	<b>Sí</b>	<b>No</b>
	Especifique:		
<b>13</b>	¿Está bajo la atención de algún especialista?	<b>Sí</b>	<b>No</b>
	Especifique:		

<b>LESIONES MUSCULARES Y OSTEOARTICULARES (ACTUALES)</b>			
<b>14</b>	¿Lesiones en extremidades inferiores, piernas, rodillas, tobillos, dedos, etc?	<b>Sí</b>	<b>No</b>
	Especifique		
<b>15</b>	¿Lesiones en extremidades superiores, brazos, codos, hombros, manos, dedos?	<b>Sí</b>	<b>No</b>
	Especifique		
<b>16</b>	¿Lesiones en la columna o cuello?	<b>Sí</b>	<b>No</b>
	Especifique		
<b>17</b>	¿Cualquier otro problema?	<b>Sí</b>	<b>No</b>
	Especifique		
<b>HISTORIA PERSONAL</b>			
<b>18</b>	¿Ha recibido consulta psicológica?	<b>Sí</b>	<b>No</b>
<b>19</b>	¿Ha recibido tratamiento o consulta psiquiátrica?	<b>Sí</b>	<b>No</b>
<b>20</b>	¿Está actualmente en consulta o tratamiento psiquiátrico o psicológico?	<b>Sí</b>	<b>No</b>
<b>21</b>	¿Ha estado internado en un centro de salud mental o psiquiátrico?	<b>Sí</b>	<b>No</b>
<b>ALERGIAS</b>			
<b>22</b>	¿Es alérgico(a) a alguna comida, picaduras de insectos, medicamentos, polvo, etc?	<b>Sí</b>	<b>No</b>
	Especifique:		
<b>MEDICAMENTOS</b>			
<b>23</b>	¿Toma algún tipo de medicamento?	<b>Sí</b>	<b>No</b>
	Especifique		
<b>CONDICIÓN FÍSICA</b>			
<b>24</b>	¿Realiza ejercicio físico (2-3 veces por semana)?	<b>Sí</b>	<b>No</b>
	Especifique que tipo de ejercicio:		
<b>25</b>	¿Qué deportes ha practicado anteriormente?		
<b>26</b>	Algo adicional que desees complementar:		

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_