

Formulario resumido para adultos

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

N.º de expediente médico: _____

Proveedor de atención primaria: _____

Alergia/sensibilidad a algún medicamento: _____

N.º de teléfono para emergencias: _____ Persona de contacto/parentesco: _____

Código de ICD (Clasificación Internacional de Enfermedades)	Lista de problemas médicos crónicos	Fecha	Antecedentes quirúrgicos	Fecha
			Hospitalizaciones	Fecha

<p>Antecedentes familiares de</p> <p>Sí No</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Alzheimer</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cáncer de mama</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> EAC</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedad cerebrovascular</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cáncer de cuello uterino</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cáncer de colon</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Depresión</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hemocromatosis</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Glaucoma</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hipercolesterolemia</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hipertensión arterial</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cáncer de ovario</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cáncer de próstata</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cáncer de piel</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedad tiroidea</p>	<p>Antecedentes familiares de</p> <p>Familiar</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Evaluación inicial del riesgo</p> <p>Fecha</p> <p><input type="checkbox"/> Consumo de drogas/alcohol</p> <p><input type="checkbox"/> ETS</p> <p><input type="checkbox"/> Violencia doméstica</p> <p><input type="checkbox"/> Depresión</p> <p><input type="checkbox"/> Osteoporosis</p> <p><input type="checkbox"/> Evaluación geriátrica</p> <p><input type="checkbox"/> MMSE (miniexamen cognoscitivo)</p> <p><input type="checkbox"/> _____</p>	<p>Datos personales</p> <p><input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Pareja en unión civil</p> <p><input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo</p> <p><input type="checkbox"/> Vivo solo <input type="checkbox"/> Separado</p> <p>Ocupación: _____</p> <p>Preferencia religiosa: _____</p> <p>¿Emitió directivas anticipadas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Si la respuesta es "sí", indique la fecha: _____</p> <p>Educación: <input type="checkbox"/> Intermedia <input type="checkbox"/> Secundaria</p> <p><input type="checkbox"/> Universitaria</p> <p><input type="checkbox"/> Otra _____</p>
--	--	---	--

Firma: _____ Fecha: _____