

## Actualización de información del paciente

Nombre \_\_\_\_\_  
Número de id. \_\_\_\_\_

### 1) Luego de la última visita a nuestro consultorio, ¿fue hospitalizado?

Sí ☐ No ☐

Si la respuesta es “sí”, indique dónde y cuándo: \_\_\_\_\_

### 2) Luego de la última visita a nuestro consultorio, ¿se realizó algún examen médico?

Sí ☐ No ☐

Si la respuesta es “sí”, marque todas las opciones que correspondan:

- ☐ Mamografía (radiografía de mamas) ☐ Prueba de Papanicolaou (para mujeres) ☐ Colonoscopia  
☐ Análisis de sangre ☐ Radiografías  
☐ ECG/EKG (electrocardiograma) (corazón) ☐ Vista  
☐ DEXA (radioabsorciometría de doble energía) (controles de la disminución de la masa ósea u osteoporosis)  
☐ RMN ☐ TC/TAC ☐ Otros \_\_\_\_\_

Indique dónde y cuándo se sometió a esos exámenes: \_\_\_\_\_

### 3) Luego de la última visita a nuestro consultorio, ¿ha desarrollado alguna alergia nueva o sufrió alguna reacción adversa a un medicamento o alimento?

Sí ☐ No ☐

Si la respuesta es “sí”, descríbala: \_\_\_\_\_

### 4) Luego de la última visita a nuestro consultorio, ¿ha consultado a un médico especialista (en diabetes, riñones, cardiología, oncología, oftalmología, ginecología, etc.)?

Sí ☐ No ☐

Si la respuesta es “sí”, ¿a qué médico consultó y cuándo?

---

Nombre	Fecha aproximada
--------	------------------

---

Nombre	Fecha aproximada
--------	------------------

### 5) Luego de la última visita a nuestro consultorio, ¿se colocó alguna vacuna (inyección)?

Sí ☐ No ☐

Si la respuesta es “sí”, marque las inyecciones que recibió:

- ☐ Gripe ☐ Tétanos ☐ Neumonía

☐ Si recibió alguna otra, indique cuál: \_\_\_\_\_

### 6) Luego de la última visita a nuestro consultorio, ¿comenzó a tomar algún medicamento con receta nuevo?

Sí ☐ No ☐

Si la respuesta es “sí”, indique cuál: \_\_\_\_\_

---

---

Coloque su firma y la fecha de hoy.