



Fecha: _____

Nombre del paciente: _____ **Fecha de nacimiento:** ____/____/____

Sexo: Masculino Femenino **Si es mujer, ¿está embarazada?** Sí No

Queja Principal/Motivo de la visita: _____

Medicamentos actuales (por favor incluya medicamentos no recetados, medicinas naturales y vitaminas): _____

Cirugías en el pasado, eventos médicos importantes/hospitalizaciones: _____

Alergias: Ninguna _____

Historia Médica (problemas médicos crónicos): _____

Historia médica familiar: Padre: _____ **Madre:** _____

Hermanos(-as): _____

Historia social:

Consumo de cafeína (Tipo/Cantidad - incluya café, refrescos, té y bebidas energéticas):

Alcohol (Tipo/Cantidad por semana): _____

Tabaco: ¿Es fumador o fumaba antes? Sí No

Si fumaba antes: ¿Cuántas cajetillas al día? _____ **¿Por cuántos años fumo?** _____

¿En qué año dejó de fumar? _____

Si es fumador actual: ¿Cuántas cajetillas al día? _____ **¿Cuántos años lleva fumando?** _____

Actividades antes de acostarse a dormir: _____

Horario de trabajo (Días de la semana y horario laboral):

Ejercicio (veces/semana, tiempo/sesión): _____