



FECHA: _____

NOMBRE PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO EDAD (EN AÑOS)

FECHA DE NACIMIENTO TELÉFONO DE RESIDENCIA TELÉFONO CELULAR
DÍA/MES/AÑO

PROFESIÓN LUGAR DE TRABAJO

DIRECCIÓN DEL LUGAR CORREO ELECTRÓNICO

SEXO: FEMENINO MASCULINO

REQUIERE FORMULARIO PARA SEGURO MÉDICO

Por favor complete la siguiente información para su consulta médica:

PARTE 1. ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES: Por favor marque con una "X" si algún miembro de su familia ha presentado alguna de las siguientes enfermedades, y en caso afirmativo, en el espacio de al lado indique también con una "X" el parentesco con usted (si es su padre, madre, hermano (a), tío (a) , abuelo (a)).

ENFERMEDAD	PADRE	MADRE	HERMANO	TÍO (A)	ABUELO (A)	ABUELA (A)
Presión arterial alta						
Presión arterial baja						
Azúcares en la sangre, diabetes mellitus						
Asma en la familia						
Alergias en la familia						
Cáncer						
Alzheimer						
Demencias						
Parkinson						
Epilepsia						
Enfermedades psiquiátricas						

OTRAS ENFERMEDADES: _____



PARTE II. ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS.

Por favor complete los siguientes espacios con la información de acuerdo a su caso personal:

TABAQUISMO NO SÍ FUMÓ EN EL PASADO

¿CUÁNTOS CIGARROS AL DÍA O CUÁNTA FRECUENCIA? _____

¿HACE CUÁNTO LO DEJÓ? _____

ETILISMO NO SÍ OCASIONALMENTE

¿QUÉ LE GUSTA DE TOMAR LICOR? _____

¿POR QUÉ NO TOMA? _____

¿CON CUÁNTA FRECUENCIA? _____

AL TOMAR LICOR, ¿CUÁNTO ES LO MÍNIMO QUE USTED CONSIDERA QUE NO LE PRODUCE EFECTOS SECUNDARIOS AL DÍA SIGUIENTE?: _____

SI TIENE EFECTOS AL DÍA SIGUIENTE DE HABER CONSUMIDO BEBIDAS ALCOHÓLICAS CUÁLES SON, SIEMPRE Y CUANDO NO HAYA TOMADO DE MÁS:

DROGAS NO SÍ

¿CUÁL (ES)? _____

¿CON CUÁNTA FRECUENCIA? _____

PADECE DE ALERGIAS NO SÍ

ESPECIFIQUE _____

¿ALERGIAS CONOCIDAS A ALGÚN MEDICAMENTO? NO SÍ

ESPECIFIQUE _____



INFORMACIÓN LABORAL:

OCUPACIÓN _____

¿DÓNDE TRABAJA? _____

¿SU TRABAJO ES FUENTE ESTRÉS? NO SÍ

¿PERSONAS BAJO SU MANDO? NO SÍ ¿CUÁNTAS? _____

¿PERSONAS EN JEFATURA SOBRE USTED? NO SÍ ¿CUÁNTAS? _____

¿LA EMPRESA ES FAMILIAR? NO SÍ

¿ALGÚN FAMILIAR ES SU JEFE? NO SÍ

INFORMACIÓN SOBRE EL HOGAR:

¿CON QUIÉN VIVE? _____

¿TIENE PAREJA? NO SÍ EDAD DE SU PAREJA _____

¿TIENE HIJOS? NO SÍ ¿CUÁNTOS? _____ EDAD (ES) _____

¿TIENE PERROS? NO SÍ ¿CUÁNTOS? _____

¿TIENE GATOS? NO SÍ ¿CUÁNTOS? _____

¿OTRA MASCOTA? NO SÍ ¿CUÁL? _____

INFORMACIÓN SOBRE HÁBITOS DIARIOS:

¿A QUÉ HORA SE VA A DORMIR GENERALMENTE? _____

¿A QUÉ HORA LE GUSTA O CONSIDERA QUE ES LA HORA PERFECTA PARA DORMIR? _____

¿AL DORMIR SUEÑA? NO SÍ

¿CUÁNTOS SUEÑOS TIENE POR SEMANA? _____

¿COLORES EN LOS SUEÑOS? ¿COLORES BRILLANTES? NO SÍ

¿COLORES PASTEL O BLANCO Y NEGRO? NO SÍ

¿TIENE SUEÑOS ERÓTICOS? NO SÍ

¿CUÁNTOS SUEÑOS ERÓTICOS TIENE POR MES O CON CUANTA FRECUENCIA? _____

¿SE LEVANTA EN LA MADRUGADA A ORINAR? NO SÍ

¿A QUÉ HORA? _____

¿PUEDE CONCILIAR EL SUEÑO NUEVAMENTE? NO SÍ



¿A QUÉ HORA SE LEVANTA EN LAS MAÑANAS? _____

¿A QUÉ HORA LE GUSTA LEVANTARSE EN VACACIONES O DOMINGOS? _____

¿TIENE DOLOR DE CUELLO Y /O ESPALDA AL AMANECER? NO SÍ

¿TIENE ALERGIAS EN LAS MAÑANAS, TOS, MOCOS, RINITIS? NO SÍ

¿CUÁNTOS AÑOS DE USO TIENE SU COLCHÓN? _____

¿CUÁNTO TIEMPO TIENEN SUS ALMOHADAS? _____

¿QUÉ LE GUSTA MÁS? COMIDA SALADA COMIDA DULCE

¿CUÁNTA AGUA PURA TOMA AL DÍA? _____

¿CUÁNTAS VECES VA AL BAÑO A ORINAR DURANTE EL DÍA? _____

¿TIENE PROBLEMAS DE ESTREÑIMIENTO O DE EVACUACIONES? NO SÍ OCASIONALMENTE

¿CON CUÁNTA FRECUENCIA DEFECA? _____

¿LAS HECES SON? DURAS DOLOROSAS FORMA DE BOLITAS NORMALES

¿CÓMO ESTÁ SU MEMORIA? MUY BIEN BIEN MAL MUY MAL

¿CÓMO ESTÁ SU CAPACIDAD DE APRENDIZAJE? MUY BIEN BIEN MAL MUY MAL

¿EN QUÉ MOMENTO DEL DÍA SIENTE MÁS ENERGÍA? MAÑANA TARDE NOCHE

¿EN QUÉ MOMENTO DEL DÍA SE ENCUENTRA MÁS ALERTA? MAÑANA TARDE NOCHE

PARTE III. ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS:

¿CONSUME MEDICAMENTOS? SI NO ¿CUÁLES? _____

ESPECIFIQUE LA DOSIS DE LOS MISMOS: _____

¿HORA EN QUE LOS TOMA? _____

¿CONSUME VITAMINAS? SI NO ¿CUÁLES? _____

ESPECIFIQUE LA DOSIS DE LAS MISMAS: _____

¿HORA EN QUE LAS TOMA? _____

PARTE IV. ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

¿HA TENIDO CIRUGÍAS? SI NO

ESPECIFIQUE DE QUÉ Y A QUÉ EDAD LAS TUVO _____



PARTE V. ANTECEDENTES GINECO-OBSTRÉTICOS (ÚNICAMENTE PARA MUJERES)

¿SU PRIMERA MENSTRUACIÓN A QUÉ EDAD FUE (MENARQUIA)? _____

¿DESARROLLO DE VELLO AXILAR Y OLOR CORPORAL A QUÉ EDAD FUE (ADRENARQUIA)? _____

¿DESARROLLO DE VELLAS PÚBLICAS A QUÉ EDAD FUE (PUBARQUIA) ? _____

¿DESARROLLO DE MAMA A QUÉ EDAD FUE (TELARQUIA)? _____

¿FECHA DE LA ÚLTIMA MENSTRUACIÓN? _____

¿CUÁNTO DURA (O DURABA SI YA NO MENSTRÚA) SU CICLO MENSTRUAL?

21-28 DÍAS 28-35 DÍAS

¿CUÁNTOS DÍAS SANGRA O SANGRABA? _____

¿CUÁL ERA EL DÍA DE MAYOR SANGRADO? _____

¿DOLOR A LA MENSTRUACIÓN (DISMENORREA)? LEVE FUERTE MUY FUERTE

¿SI SUFRE DOLOR ESTE ES? MENSUAL ALTERNO (UN MES SÍ, OTRO NO)

¿SUFRE DE RETENCIÓN DE LÍQUIDO EN PIERNAS CON EL CICLO MENSTRUAL, SIENTE LAS PIERNAS PESADAS, TENSAS? SÍ NO

¿EN QUÉ MOMENTO DEL MES? _____

¿SUFRE DE ENDOMETRIOSIS (FORMACIÓN DE ENDOMETRIO FUERA DEL ÚTERO)? SÍ NO

¿QUÉ GRADO DE ENDOMETRIOSIS? LEVE SEVERA MUY SEVERA

¿TIENE FIBROMAS UTERINOS (ALGÚN TUMOR UTERINO BENIGNO)? SÍ NO

¿TIENE OVARIOS POLIQUÍSTICOS? SÍ NO

¿TIENE MASTO PATÍA FIBROQUÍSTICA DE LA MAMA (ADENOMAS O FIBROMAS O FIBROADENOMAS DE LA MAMA)? SÍ NO

¿SUFRE DE CAMBIOS DE COMPORTAMIENTO DURANTE EL CICLO MENSTRUAL?

LLANTO IRA TRISTEZA TODOS LOS ANTERIORES NINGUNO LOS ANTERIORES

FECHA DE ÚLTIMO PAPANICOLAU: _____

FECHA DE ÚLTIMA MAMOGRAFÍA: _____

FECHA DE ÚLTIMO ULTRASONIDO DE MAMAS: _____

FECHA DE ÚLTIMA DENSITOMETRÍA ÓSEA: _____

¿CÓMO ESTÁ SU LIBIDO, SU DESEO SEXUAL? BAJO NORMAL ALTO

¿PREFIERE DORMIR QUE TENER RELACIONES SEXUALES? SÍ NO

¿LOGRA LLEGAR AL ORGASMO FÁCILMENTE? SÍ NO

¿SUFRE DE RESEQUEDAD VAGINAL, O MOLESTIAS DURANTE EL ACTO SEXUAL? SÍ NO