

FAVOR COMPLETAR POR EL MÉDICO TRATANTE

Sección I. Datos del paciente

1. Apellidos:		2. Nombres:		
<input type="text"/>		<input type="text"/>		
3. Fecha de nacimiento:	4. Sexo:	5. Estatura:	6. Peso:	
<input type="text"/> M <input type="text"/> M / <input type="text"/> D <input type="text"/> D / <input type="text"/> A <input type="text"/> A <input type="text"/> A <input type="text"/> A	<input type="text"/> Masculino <input type="text"/> Femenino	<input type="text"/> Metros <input type="text"/> Pies	<input type="text"/> Kilos	<input type="text"/> Libras
7. ¿Fumador?:	8. Cigarrillos por día:	9. ¿Desde cuándo?:	10. ¿Hasta cuándo?:	11. Estilo de vida:
<input type="text"/> Sí <input type="text"/> No	<input type="text"/>	<input type="text"/> A <input type="text"/> A <input type="text"/> A <input type="text"/> A	<input type="text"/> A <input type="text"/> A <input type="text"/> A <input type="text"/> A	<input type="text"/> Sedentario <input type="text"/> Semiactivo <input type="text"/> Activo

Sección II. Resultados de los estudios de laboratorio efectuados en los últimos 6 meses

1. Fecha del estudio:

 M M / D D / A A A A**HEMOGRAMA**

2. Glóbulos rojos:	3. Hematocrito:	4. Hemoglobina:	5. Leucocitos:	6. Plaquetas:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

LIPOGRAMA

7. Colesterol total:	8. HDL:	9. LDL:	10. Triglicéridos:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

11. GLUCOSA**12. ANTÍGENO PROSTÁTICO ESPECÍFICO****Sección III. Informe de otros estudios** efectuados en los últimos 12 meses**1. ELECTROCARDIOGRAMA****2. MAMOGRAFÍA**

3. PAPANICOLAOU (No es necesario para las mujeres mayores de 65 años de edad si en los últimos cinco años el resultado ha sido negativo)

Sección IV. Informe de chequeos de rutina**CHEQUEO I**

1. Fecha:

 M M / D D / A A A A

3. Resultados:

2. Presión arterial:

 / mm Hg**CHEQUEO II**

1. Fecha:

 M M / D D / A A A A

3. Resultados:

2. Presión arterial:

 / mm Hg

Sección V. Informe de consultas (no relacionadas con chequeos de rutina)

Por favor detalle signos, síntomas, diagnósticos principales, tratamiento y resultados de los exámenes:

CONSULTA I

1. Fecha: 2. Presión arterial: / mm Hg 3. Motivo de la consulta:

4. Tratamiento: 5. Resultados: 6. Conclusiones:

CONSULTA II

1. Fecha: 2. Presión arterial: / mm Hg 3. Motivo de la consulta:

4. Tratamiento: 5. Resultados: 6. Conclusiones:

CONSULTA III

1. Fecha: 2. Presión arterial: / mm Hg 3. Motivo de la consulta:

4. Tratamiento: 5. Resultados: 6. Conclusiones:

CONSULTA IV

1. Fecha: 2. Presión arterial: / mm Hg 3. Motivo de la consulta:

4. Tratamiento: 5. Resultados: 6. Conclusiones:

Información adicional que usted pueda proveer concerniente a factores de riesgos, resultados de otros exámenes médicos, enfermedades o consultas con otros médicos o especialistas:

Sección VI. Información del médico tratante

1. Apellidos: 2. Nombres:

3. Dirección: 4. Correo electrónico:

5. Teléfono de la oficina: + - - 6. Teléfono celular: + - -

7. Firma y sello del profesional: 8. Fecha: