



**1 Información del Paciente**

Nombre: \_\_\_\_\_

Apellidos Nombre(s)

---

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_      Estatura \_\_\_\_ m      Peso \_\_\_\_ kg

Mes      Día      Año

**2. Por favor proporcione detalles completos sobre las últimas consultas y exámenes:**

Fecha de las últimas 5 visitas:	Síntomas / diagnósticos / tratamiento / cirugías	Presión Sanguínea
____/____/____ <small>Mes      Día      Año</small>		
____/____/____ <small>Mes      Día      Año</small>		
____/____/____ <small>Mes      Día      Año</small>		
____/____/____ <small>Mes      Día      Año</small>		
____/____/____ <small>Mes      Día      Año</small>		

¿Ha consultado el paciente algún otro médico?  Sí  No

Si respondió "Sí", por favor indique el nombre y teléfono del médico, y el motivo de la consulta: \_\_\_\_\_

**3. Por favor proporcione el resultado de los siguientes exámenes realizados en los últimos 12 meses:**

Detalles del resultado del electrocardiograma (incluir el trazado): _____	Fecha: ____/____/____ <small>Mes      Día      Año</small>
Resultado de las radiografías del tórax (incluir reporte radiológico): _____	Fecha: ____/____/____ <small>Mes      Día      Año</small>
Valores de los resultados del examen de sangre (en los últimos 6 meses):	Fecha: ____/____/____ <small>Mes      Día      Año</small>
Hematocritos _____      Hemoglobina _____      Leucocitos _____      Plaquetas _____	
Colesterol _____      HDL _____      LDL _____      Relación _____	
Triglicéridos _____      Creatinina _____      Glucosa _____      PSA _____	

Resultado del examen de tejidos (En caso de biopsias o cirugías. Si es mujer, resultado del Papanicolau.):  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

