

FAVOR COMPLETAR POR EL MÉDICO TRATANTE

Sección I. Datos del solicitante

1. Apellidos: 2. Nombres:

3. Fecha de nacimiento: 4. Sexo: Masculino Femenino 5. Número de teléfono: 6. Correo electrónico:

7. Estatura: Metros Pies 8. Peso: Kilos Libras 9. Índice de Masa Corporal (IMC): 10. Percentil (en niños):

11. Cifra de presión arterial: Fecha: Presión arterial: / mm Hg 12. Hábitos: Sedentario Fumador Otros:

Sección II. Preguntas médicas

1. Indique la fecha desde que conoce y/o trata al paciente en su consulta:

2. Antecedentes médicos y quirúrgicos en su paciente. Detalle condiciones médicas por la que ha recibido tratamiento en el presente o en el pasado como: hipertensión arterial, diabetes, enfermedades cardiovasculares, respiratorias, gastrointestinales, endocrinas o musculoesqueléticas, síndrome metabólico, sobrepeso/ obesidad y/o dislipidemia.

ANTECEDENTE 1

1. Fecha del diagnóstico: 2. Detalles del diagnóstico:

ANTECEDENTE 2

1. Fecha del diagnóstico: 2. Detalles del diagnóstico:

ANTECEDENTE 3

1. Fecha del diagnóstico: 2. Detalles del diagnóstico:

ANTECEDENTE 4

1. Fecha del diagnóstico: 2. Detalles del diagnóstico:

3. Proporcione los detalles de las últimas 2 visitas del paciente a su consultorio en los últimos 12 meses:

CONSULTA 1

1. Fecha: 3. Notas médicas incluyendo las condiciones por las cuales el paciente lo consulta:

2. Peso: Kilos Libras

CONSULTA 2

1. Fecha: 3. Notas médicas incluyendo las condiciones por las cuales el paciente lo consulta:

2. Peso: Kilos Libras

Sección II. Preguntas médicas

(continuación)

4. ¿Se encuentra el paciente actualmente bajo tratamiento médico? Brinde detalles del tratamiento incluyendo medicinas:

TRATAMIENTO 1

1. Fecha de inicio: 2. Detalles del tratamiento:

M M / D D / A A A A

[Empty text box for treatment details]

TRATAMIENTO 2

1. Fecha de inicio: 2. Detalles del tratamiento:

M M / D D / A A A A

[Empty text box for treatment details]

TRATAMIENTO 3

1. Fecha de inicio: 2. Detalles del tratamiento:

M M / D D / A A A A

[Empty text box for treatment details]

Sección III. Resultados de exámenes de laboratorio (Por favor adjunte una copia de los resultados de los siguientes exámenes)

EFFECTUADOS EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES:

1. Fecha del estudio: M M / D D / A A A A	2. Colesterol total: [Empty text box]	3. LDL: [Empty text box]	4. HDL: [Empty text box]
5. Triglicéridos: [Empty text box]	6. Glucosa: [Empty text box]	7. Hemoglobina A1c (HAlc): [Empty text box]	8. Otros: [Empty text box]

EFFECTUADOS EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES:

1. TSH: [Empty text box]	2. T3: [Empty text box]	3. T4: [Empty text box]	4. Electrocardiograma: [Empty text box]
-----------------------------	----------------------------	----------------------------	--

Sección IV. Comentarios adicionales y estado actual del paciente

[Large empty text box for additional comments]

Sección V. Información del médico tratante

1. Apellidos: [Empty text box]	2. Nombres: [Empty text box]
3. Dirección: [Empty text box]	4. Correo electrónico: [Empty text box]
5. Teléfono de la oficina: + [] [] - [] [] - [] [] [] [] [] [] [] []	6. Teléfono celular: + [] [] - [] [] - [] [] [] [] [] [] [] []
7. Firma y sello del profesional: X.....	8. Fecha: M M / D D / A A A A