

FAVOR COMPLETAR POR EL MÉDICO TRATANTE

Sección I. Datos del solicitante

1. Apellidos:		2. Nombres:	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
3. Fecha de nacimiento:	4. Sexo:	5. Número de teléfono:	6. Correo electrónico:
<input type="text"/>	Masculino Femenino	+ <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>
7. Estatura:	8. Peso:	9. Índice de Masa Corporal (IMC):	10. Percentil (en niños):
<input type="text"/> Metros <input type="text"/> Pies	<input type="text"/> Kilos <input type="text"/> Libras	<input type="text"/>	<input type="text"/>
11. Cifra de presión arterial:		12. Hábitos:	
Fecha:	Presión arterial:	Sedentario	Fumador Otros:
<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> mm Hg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

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

