



## HOJA DE INFORMACION DE PACIENTE

Por favor complete la informacion solicitada a continuacion. Trate de ser lo mas especifico posible.

Nombre \_\_\_\_\_

---

**A) Motivo de su visita**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**B) De que condiciones padece?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**C) Cirugias Previas**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**D) Medicamentos Actuales**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**E) Alergias a Medicamentos**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**F) Historial Familiar  
Cancer (indique area y parentesco)**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Diabetes \_\_\_\_\_

Corazón \_\_\_\_\_

Hyperlipidemia \_\_\_\_\_

Colitis Ulcerativa/Chron's \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Otros \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**G) Habititos Toxicos**

Fuma? \_\_\_\_\_

Bebe? \_\_\_\_\_