

(¿Qué estás esperando que podemos ayudarle alcanzar?) ¿Hay un problema específico hoy? Por favor de describe:

INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

FECHA DE NACIMIENTO ____/____/____ SU EDAD: _____

ALTURA

PESO

PESO IDEAL del CUERPO

- Estado de Actividad - Marque por favor _____
uno: Athletico/a Activo/a/ajuste Sedentario ocasionalmente activo/adiscapitado/a

Actividad limitada por

Actividades que usted necesita ayuda con:

- Está usted empleado? Si_No Retirado ¿Cuál es/era su ocupación? ¿Cuántos años?

- Situación de vivienda: Casado Viuda / Viudo Soltero/a Divorciado Apartado

Nombre del cónyuge / compañero de vida? _____ Teléfono _____

- ¿Es usted sexualmente activo/a? ¿Cuántas parejas habituales? Masculino o Femenino

¿Consumo bebidas alcohólicas? ¿Cuánto alcohol bebe?

¿Fumas? Sí No Si es así, ¿cuántos paquetes por día _____
Por cuántos años? Si dejo de fumar / cuándo?

¿Utiliza / o ha usado drogas? Si No En caso afirmativo, ¿qué tipo / _____

qué ruta? ¿Su consumo de alcohol / drogas es un problema para usted o cualquier otra persona?

Tiene alguna alergia a medicamentos? (Círculo) Sí No

Por favor escriba los nombres de medicamento que usted es alérgico a: ¿Cuál fue la reacción que le causó?

¿Qué farmacias usa

Número de teléfono