

Debe ser completada por el Médico Tratante.

**I - DATOS DEL PACIENTE**

Nombre(s) y apellido(s): \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
mm dd aaaa

Estatura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Perímetro Abdominal: \_\_\_\_\_  
 Pies  Pulgadas  M  Kilos  Libras  Cms.  Pulgadas

Perímetro de las Caderas: \_\_\_\_\_ Usa productos de nicotina?  SI  NO  
 Cms.  Pulgadas

¿Que tipo de producto de nicotina? ¿Cantidad al día?: \_\_\_\_\_ Desde: mm / dd / aaaa Hasta: mm / dd / aaaa

**II - INFORMACION DE LAS ULTIMAS 5 CONSULTAS**

FECHA	MOTIVO DE LA CONSULTA	RESULTADO / TRATAMIENTO	PRESIÓN ARTERIAL

**III - ENFERMEDADES Y/O LESIONES**

Diagnóstico(s) definitivo(s): \_\_\_\_\_ Fecha del diagnóstico: \_\_\_\_\_  
mm dd aaaa

Resultado de estudios de laboratorios realizados para diagnósticos y seguimiento de enfermedades o lesiones:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Resultado de electrocardiograma o pruebas de función cardiovascular realizadas para diagnóstico y seguimiento de las enfermedades o lesiones:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Resultado de estudios por imágenes realizados para diagnóstico y seguimiento de enfermedades o lesiones:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Resultado de estudios de patología o citología realizados para diagnóstico y seguimiento de enfermedades o lesiones:

---

---

**IV - TRATAMIENTOS**

Tratamiento médico: Nombre del medicamento \_\_\_\_\_ Dosificación \_\_\_\_\_

Tratamiento quirúrgico: Detalles de procedimientos:

---

---

¿El paciente ha estado hospitalizado? \_\_\_\_\_  SI  NO

FECHA	DIAGNÓSTICO	CONDICIÓN ACTUAL
mm   dd   aaaa		
mm   dd   aaaa		
mm   dd   aaaa		

¿El paciente ha consultado otros médicos? \_\_\_\_\_  SI  NO

NOMBRE	MOTIVO DE LA CONSULTA	FECHA
		mm   dd   aaaa
		mm   dd   aaaa

Comentarios, factores de riesgo, o enfermedades adicionales, sus complicaciones y pronóstico:

---

---

**DATOS DEL MÉDICO**

Nombre \_\_\_\_\_  
Primer Nombre                      Segundo Nombre                      Primer Apellido                      Segundo Apellido

Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono (     ) \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
mm    dd    aaaa