

FORMATO DE REGISTRO

NOMBRE: _____ EDAD: _____

SEXO: M F DIRECCIÓN: _____

OCUPACIÓN: _____ TIPO DE SANGRE: _____

HÁBITOS: TABAQUISMO: SI ___ NO ___

ALCOHOLISMO: SI ___ NO ___

OTRAS DROGAS: SI ___ NO ___

ANTECEDENTES FAMILIARES DE CANCER: NO ___ SI ___ ¿QUIEN? _____

ANTECEDENTES PERSONALES (MARQUE SOLO SI PADECE ALGUNO)

DIABETES MELLITUS _____

HIPERTENSIÓN _____

CARDIOPATIAS _____

OTRAS ¿CUÁLES? _____

CIRUGIAS PREVIAS ¿CUÁLES? _____

ALERGIAS ¿CUÁLES? _____

TRANSFUSIONES ¿CUÁNDO? _____ ¿REACCIONES ADVERSAS? _____

FRACTURAS ¿QUÉ TIPO? _____

MUJERES

MENARCA: _____ ULTIMA REGLA: ___ / ___ / ____ . NUMERO DE EMBARAZOS: ____ . PARTOS: ____ . CESAREAS: ____

ABORTOS: ____ . FECHA DE ULTIMO PARTO/CESAREA: ___ / ___ / ____ . MENOPAUSIA: NO ___ SI ___ FECHA: ___ / ___ / ____ .

HA USADO ANTICONCEPTIVOS: NO ___ SI ___ . CUAL: _____

PAPANICOLAU: NUNCA ___ SI ___ FECHA: ___ / ___ / ____ . RESULTADO: BENIGNO ___ MALIGNO ___ .

MASTOGRAFIA: NUNCA ___ SI ___ FECHA: ___ / ___ / ____ . RESULTADO: BENIGNO ___ MALIGNO ___ .

MOTIVO DE CONSULTA: _____

¿CÓMO SE ENTERÓ DE NOSOTROS?

FECHA DE CITA: ___ / ___ / ____ .

**** EN CASO DE CONTAR CON ESTUDIOS DE LABORATORIO Y/O GABINETE FAVOR DE TRAERLOS EL DIA DE SU CONSULTA****

PÁGINA DE FACEBOOK

PÁGINA DE INTERNET

BUSQUEDA EN GOOGLE

DOCTORALIA

REFERID@ POR UN AMIG@

OTRO: _____