

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: _____