



Formulario de Historial Médico y Consentimiento para el Tratamiento

Nombre _____ Fecha _____

Situación	SÍ	NO	Comentarios
¿Ha tenido o tiene actualmente alguna afección cardíaca?			
¿Sufres con frecuencia de dolor en el pecho?			
¿Sueles desmayarte o marearte?			
¿Alguna vez un médico le ha dicho que tiene presión arterial alta?			
¿Tiene artritis, dolor en las articulaciones o problemas de espalda que se agravan con la actividad?			
¿Tuviste alguna operación o lesiones graves?			
¿Tiene alguna discapacidad física o enfermedad recurrente?			
¿Tienes epilepsia u otro trastorno convulsivo?			
¿Tienes diabetes?			
¿Tiene reacciones alérgicas a alimentos, medicamentos u otros? En caso afirmativo, enumere las alergias			
¿Está enfermo actualmente o usa medicamentos recetados? En caso afirmativo, enumere los medicamentos			
¿Tiene un plan de comidas recetado o una restricción dietética? En caso afirmativo, enumere todas las restricciones			
¿Hay alguna actividad que deba ser limitada/desalentada por el consejo de un médico? En caso afirmativo, enumere las limitaciones			
¿Tiene un seguro médico? Nombre de plan Médico y el número de teléfono			
Número de póliza			
Número de grupo			
Declaración de salud general			
Por favor, explique cualquier información médica adicional que necesitemos proporcionar para su seguridad			
¿Hay algo más que necesitemos saber sobre su salud?			
Otro			

Yo _____, confirmo que toda la información médica es verdadera. Fecha _____

Fecha de firma de entrada electrónica _____