



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 _____