

POR FAVOR COMPLETE EL FORMULARIO

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Número de teléfono: () _____ Altura: _____ Peso: _____
 Farmacia: _____ Último período menstrual: _____

Recetas se envían electrónicamente a las farmacias

Medicamentos: Véase la lista adjunta

Nombre del medicamento	Dosis	Nombre del medicamento	Dosis

Alergias a medicamentos: Véase la lista adjunta

Condiciones médicas diagnosticadas: Marcapasos Si No

<input type="checkbox"/> Fibrilación Auricular	<input type="checkbox"/> Reflujo ácido	<input type="checkbox"/> Neuropatía
<input type="checkbox"/> Alergias	<input type="checkbox"/> Glaucoma	<input type="checkbox"/> Quistes de ovario
<input type="checkbox"/> Enfermedad de Alzheimer	<input type="checkbox"/> Ataque al corazón	<input type="checkbox"/> Enfermedad de Parkinsons
<input type="checkbox"/> Trastorno de ansiedad	<input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca	<input type="checkbox"/> Agrandamiento de próstata
<input type="checkbox"/> Artritis:	<input type="checkbox"/> Hepatitis (A B C)	<input type="checkbox"/> Embolia Pulmonar
<input type="checkbox"/> Reumatoide <input type="checkbox"/> Osteoporosis	<input type="checkbox"/> Hipertensión	<input type="checkbox"/> Insuficiencia renal
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Colesterol Alto	<input type="checkbox"/> Incautación
<input type="checkbox"/> Dolor de espalda	<input type="checkbox"/> Enfermedad del VIH	<input type="checkbox"/> Apnea del sueño
<input type="checkbox"/> Coágulo de sangre	<input type="checkbox"/> Síndrome del intestino irritable	<input type="checkbox"/> Derrame cerebral
<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Enfermedad renal	<input type="checkbox"/> Enfermedad de tiroides
Tipo: _____	<input type="checkbox"/> Enfermedad mental	<input type="checkbox"/> Ataque Isquémico transitorio
<input type="checkbox"/> Enfisema	Tipo: _____	<input type="checkbox"/> Otro: _____
<input type="checkbox"/> Enfermedad arterias coronarias	<input type="checkbox"/> Migraña	_____
<input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus	<input type="checkbox"/> Trastorno de la válvula mitral	_____
<input type="checkbox"/> Tipo I <input type="checkbox"/> Tipo II	<input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple	_____

Historia Social:

Consumo de Tabaco: Sí No Pasado Nunca

Consumo de Alcohol: Sí Diario Semanal A veces No Pasado Nunca

Consumo de Cafeína: Sí No Pasado Nunca

Consumo de Drogas: Sí No Pasado Nunca

Historia de Familia: Paciente adoptado Desconocido

<input type="checkbox"/> Problemas del corazón	<input type="checkbox"/> Enfermedad mental	<input type="checkbox"/> Derrame cerebral
<input type="checkbox"/> Colesterol alto	Tipo: _____	<input type="checkbox"/> Cáncer
<input type="checkbox"/> Hipertensión	<input type="checkbox"/> Artritis:	Tipo: _____
<input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus	<input type="checkbox"/> Reumatoide <input type="checkbox"/> Osteoporosis	<input type="checkbox"/> Coágulo de sangre
<input type="checkbox"/> Tipo I <input type="checkbox"/> Tipo II	<input type="checkbox"/> Enfermedad de Alzheimer	<input type="checkbox"/> Tuberculosis
<input type="checkbox"/> Enfermedad de tiroides	<input type="checkbox"/> Demencia	<input type="checkbox"/> Otro: _____
<input type="checkbox"/> Glaucoma	<input type="checkbox"/> Migraña	_____

Cirugías Previas:

<input type="checkbox"/> Adenoidectomía	<input type="checkbox"/> Colectomía	<input type="checkbox"/> Reparación de hombro
<input type="checkbox"/> Reparación de válvula aórtica	<input type="checkbox"/> Dilatación y curetaje	<input type="checkbox"/> Tiroidectomía
<input type="checkbox"/> Apendectomía	<input type="checkbox"/> Bypass gástrico	<input type="checkbox"/> Reemplazo total de cadera
<input type="checkbox"/> Revascularización	<input type="checkbox"/> Stent cardíaco	<input type="checkbox"/> Reemplazo total de rodilla
<input type="checkbox"/> Implante de senos	<input type="checkbox"/> Histerectomía	<input type="checkbox"/> Amigdalectomía
<input type="checkbox"/> Reducción de senos	<input type="checkbox"/> Reparación de la hernia	<input type="checkbox"/> Ligadura de trompas
<input type="checkbox"/> Cirugía de corazón	<input type="checkbox"/> Cirugía de disco lumbar	<input type="checkbox"/> Otro: _____
<input type="checkbox"/> Cirugía de disco cervical	<input type="checkbox"/> Mastectomía/lumpectomía	_____
<input type="checkbox"/> Colectistectomía	<input type="checkbox"/> Reemplazo de válvula mitral	_____
	<input type="checkbox"/> Nefrectomía	_____

Fecha de vacunas:

Influenza: _____ Pulmonía: _____ Tetano: _____ Shingles: _____