

Nombre completo: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## HISTORIAL MÉDICO

Nombre/Número del médico de atención primaria: \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Nombre/Número de la persona cuidadora: \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

### MEDICAMENTOS QUE TOMA ACTUALMENTE

Nombre	Dosis/ Frecuencia	Fecha de inicio	Médico	Propósito

### HISTORIAL DE OPERACIONES

Fecha	Intervención	Hospital	Médico	Comentarios

### HISTORIAL MÉDICO

Enfermedad/Padecimiento	Fecha de inicio	Médico	Tratamiento

### ALERGIAS

Alergia	Reacción	Alergia	Reacción