

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