



ANEXO A LA HISTORIA CLÍNICA

Los datos aquí recogidos completan como anexo la historia del paciente D/D.^a

Alumno/a

DATOS MÉDICOS

Cuestionario de Salud	Comentarios
¿Es ALÉRGICO a algún tipo de medicamento, sustancia, alimento u otra cosa?	
¿Toma algún tipo de medicamento? ¿Cuál? ¿Desde cuando?	
¿Ha sido hospitalizado alguna vez en los últimos dos años?	
¿Tiene problemas cardiovasculares?: Hipertensión/hipotensión arterial, Antecedentes de Infarto Agudo de Miocardio o Angina de Pecho, Arritmias, Antecedentes de trombosis, accidente cerebro-vascular, Antecedentes endocarditis, valvulopatías, Otros.	
¿Tiene problemas endocrino-metabólicos? Diabetes, Tiroides, Otros	
¿Tiene problemas respiratorios? Asma, Bronquitis, Neumonía, tuberculosis, Otros.	
¿Tiene problemas genitourinarios? • Insuficiencia renal, diálisis, etc. Problemas prostáticos, Otros.	
¿Tiene problemas en el sistema hematopoyético? • Anemia, Problemas coagulación, Leucemia, hemofilia, Otros.	
¿Tiene problemas digestivo y/o hepáticos? • Úlcera gastrointestinal, hernia de hiato, Enfermedad de Crohn, Colitis ulcerosa, Hepatitis, Insuficiencia hepática, cirrosis, Otros.	
¿Tiene problemas en el aparato locomotor? • Artrosis, artritis reumatoide, Otros.	
¿Tiene o ha padecido alguna enfermedad infectocontagiosa? • Herpes recurrente, antecedentes herpes zoster, hepatitis, tuberculosis, SIDA, Otros	
¿Tiene algún problema neurológico o relacionado con el sistema nervioso central? • Epilepsia, convulsiones, pérdida súbita de conciencia, Miastenia, distrofia muscular Progresiva, Cefaleas, migrañas, Parkinson, temblores, Depresiones, esquizofrenia, ansiedad, alteración comportamiento, etc. Otros.	
¿Ha tenido algún problema con la anestesia general o local?	
¿Está embarazada o está dando de mamar?	
¿Existe algún otro problema de salud que no hayamos comentado?	
El/la paciente se responsabiliza de la veracidad de los antecedentes médicos declarados y afirma que no oculta ninguna información adicional en relación a su estado de salud	Fecha y firma

Testimonios:

Nombre y apellidos:..... DNI

Parentesco:.....