



## CUESTIONARIO DE SALUD – PRIMERA VISITA

Por favor, rellene con letra clara.

### 1. DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_ años

Teléfono móvil: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

### 2. ALERGIAS MEDICAMENTOSAS

¿Es alérgico/a a algún medicamento?  No  Sí

¿A cuál(es) y qué reacción tuvo?:

---

---

---

### 3. ENFERMEDADES IMPORTANTES

Indique las enfermedades más relevantes que padece o ha padecido:

---

---

---

---

---

### 4. MEDICACIÓN ACTUAL

Incluya también vitaminas, suplementos o tratamientos "naturales":

Medicamento / suplemento	Dosis	Veces/día	Desde cuándo
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_