

**Datos Personales**

*(Datos para ser completados por el paciente)*

<b>Agente</b>	
Nombre:	
Apellido:	
Fecha de Nacimiento:	
Edad:	
Tipo Doc.: (LE – LC - DNI)	
Nro. Doc:	
Domicilio:	
Teléfono:	
Teléfono de contacto en caso de urgencia:	
Email:	

**Tiene o ha tenido en forma frecuente alguna de las alteraciones que se mencionan a continuación**

*(Marcar con un " 0" La opción correcta)*

<b>Antecedentes de enfermedades</b>	
Reacciones alérgicas	( Si - No )
Enfermedades de la piel	( Si - No )
Enfermedades de la visión	( Si - No )
Enfermedades de la audición	( Si - No )
Supuración de oídos	( Si - No )
Anginas	( Si - No )
Bronquitis	( Si - No )
Sinusitis	( Si - No )
Asma	( Si - No )
Presión baja	( Si - No )
Presión alta	( Si - No )
Palpitaciones	( Si - No )
Dolor de pecho	( Si - No )
Enfermedades del hígado	( Si - No )
Acidez	( Si - No )
Diarrea	( Si - No )
Constipación	( Si - No )
Dificultad para orinar	( Si - No )
Enfermedades genitales	( Si - No )
Dolor de cabeza	( Si - No )
Mareo- vértigos	( Si - No )
Desmayos	( Si - No )
Convulsiones	( Si - No )
Traumatismo de cráneo	( Si - No )
Dolor en articulaciones	( Si - No )
Dolor en los huesos	( Si - No )
Lumbago	( Si - No )
Fracturas	( Si - No )
Pie plano	( Si - No )
Dolor en piernas	( Si - No )
Aumento de colesterol	( Si - No )
Aumento o disminución del peso	( Si - No )
Fuma/ó	( Si - No )
Más de 5 por día	( Si - No )
Más de 10 por día	( Si - No )
Más de 20 por día	( Si - No )
Toma bebidas alcohólicas	( Si - No )
Especifique frecuencia	
Toma medicamentos	( Si - No )
Cuales	
Otras afecciones	

**Antecedentes Personales**

*(Marcar con un 0 la opción correcta)*

<b>Antecedentes de cirugía</b>	
Amígdalas	Si - No
Oídos	Si - No
Mama	Si - No
Úlcera	Si - No
Vesícula	Si - No
Útero	Si - No
Apéndice	Si - No
Hernia	Si - No
Hernia de disco	Si - No
Varices	Si - No
Amputaciones	Si - No
Otras:	
Quedo con secuelas	Si - No
Desea aclarar algún ítem:	



## Programa Vida Sana

### CUESTIONARIO DE ADMISION

#### Antecedentes médicos familiares

Marcar con un "0" La opción correcta

##### Antecedentes médicos

Artritis o reumatismos	Padre/Madre/Hermanos
Asma bronquial	Padre/Madre/Hermanos
Cáncer	Padre/Madre/Hermanos
Diabetes	Padre/Madre/Hermanos
Afecciones cardíacas	Padre/Madre/Hermanos
Hipertensión	Padre/Madre/Hermanos
Enf renal/urinaria	Padre/Madre/Hermanos
Úlceras gástricas/duod	Padre/Madre/Hermanos
Tuberculosis	Padre/Madre/Hermanos
Enfermedad mental	Padre/Madre/Hermanos
Tuberculosis	Padre/Madre/Hermanos
Diabetes	Padre/Madre/Hermanos
Hepatitis	Padre/Madre/Hermanos
Q	Padre/Madre/Hermanos
Gota	
Enf del corazón	Padre/Madre/Hermanos
Bocio	Padre/Madre/Hermanos
Cálculos	Padre/Madre/Hermanos
Hernia	Padre/Madre/Hermanos
Hemorroides	Padre/Madre/Hermanos
Epilepsia	Padre/Madre/Hermanos
Disritmia	Padre/Madre/Hermanos
Varices	Padre/Madre/Hermanos
Tumor	Padre/Madre/Hermanos
Quiste	Padre/Madre/Hermanos
Otras:	

Firma y aclaración del afiliado:

Fecha: