

Cuestionario de historial clínico adultos Le rogamos lo rellene y traiga a la cita

Apellidos, nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Operaciones, cuándo: _____

Enfermedades subyacentes: _____

Accidentes, lesiones: _____

Medicamentos: _____

Ejercicio: qué y con qué frecuencia: _____

Terapias actuales: _____

Describa en detalle sus síntomas y desde hace cuándo que los padece (también es posible dibujar en el reverso de la hoja un bosquejo del cuerpo):

Marque si corresponde si mejora o empeora sus síntomas.

| | mejor | peor | | mejor | peor |
|---------------|-------|------|---------------------------|-------|------|
| Frío | | | Sentado | | |
| En movimiento | | | Caminar | | |
| En reposo | | | Ruido | | |
| Acostado | | | después de despertar | | |
| Calor | | | De pie | | |
| | | | antes de quedarse dormido | | |

Fecha: _____

Firma: _____

