

Favor de llenarlo con letra de molde legible, sin utilizar abreviaturas.

## FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Edo. Civil: \_\_\_\_\_ Religión: \_\_\_\_\_ Interrogatorio: Directo ( ) Indirecto ( ) Ambos ( )

Lugar de Residencia: \_\_\_\_\_

MOTIVO DE INGRESO: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## ANTECEDENTES HEREDO-FAMILIARES

( ) Diabetes Mellitus ( ) Hipertensión Arterial ( ) Cardiopatías  
( ) Oncológicos ( ) Otros Especificar \_\_\_\_\_

## ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS

Ocupación: \_\_\_\_\_ Ejercicio Físico: Si ( ) No ( )

Número de Familiares: \_\_\_\_\_ Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Tipo de Alimentación: \_\_\_\_\_ Viajes recientes: \_\_\_\_\_

Inmunizaciones: \_\_\_\_\_

## ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS

Tabaquismo: \_\_\_\_\_ Alcoholismo: \_\_\_\_\_ Adicciones: \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_ Medicamentos Actuales: \_\_\_\_\_

Médicos: \_\_\_\_\_ Transfusionales: \_\_\_\_\_

Quirúrgicos: \_\_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_

**(SOLO LLENAR SI EL PACIENTE ESMENOR DE EDAD) PEDIATRÍA** Producto: Único ( ) Gemelar ( ) Múltiple ( ) Gesta 1 2 3 4 5 6 7 8

Peso y Talla al Nacer: \_\_\_\_\_ Control Prenatal: Si ( ) No ( ) Adecuado ( ) Inadecuado ( )

Ablactación: Edad: \_\_\_\_\_ Alimento: \_\_\_\_\_

Edad en la que: Sonrió: \_\_\_\_\_ Se sentó: \_\_\_\_\_ Se paró: \_\_\_\_\_ Habló: \_\_\_\_\_ Caminó: \_\_\_\_\_

Grado Escolar que cursa: \_\_\_\_\_ Enfermedades Exantemáticas: \_\_\_\_\_

Problemas Perinatales: \_\_\_\_\_

## ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS

Menarca: \_\_\_\_\_ Gesta: \_\_\_\_\_ Parto: \_\_\_\_\_ Aborto: \_\_\_\_\_ Cesárea: \_\_\_\_\_

Fecha Ultimo: Parto: \_\_\_\_\_ Aborto: \_\_\_\_\_ Cesáreas: \_\_\_\_\_ Lactancia: Si ( ) No ( )

Fecha Ultima Menstruación: \_\_\_\_\_ Inicio Vida Sexual: \_\_\_\_\_ Método Anticonceptivo: \_\_\_\_\_

Numero de Compañeros Sexuales: \_\_\_\_\_ Fecha Ultimo Papanicolau: \_\_\_\_\_ Resultado: \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES PATOLÓGICOS OBSTÉTRICOS** Trabajo Parto Prematuro ( ) Diabetes Gestacional ( ) Pre-clampsia ( )

Endometritis ( ) Mastitis ( ) Isoinmunizacion ( ) Otros ( )

Inicio Menopausia: \_\_\_\_\_ ¿Recibe Tx. Hormonal sustitutivo? Si ( ) No ( )

Mamografías: \_\_\_\_\_