





## ANTECEDENTES MÉDICOS

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Artritis                       | <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardiaca |
| <input type="checkbox"/> Latidos cardiacos anormales    | <input type="checkbox"/> Alta presión sanguínea |
| <input type="checkbox"/> Cáncer                         | <input type="checkbox"/> Fractura de cadera     |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                       | <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar    |
| <input type="checkbox"/> Endurecimiento de las arterias | <input type="checkbox"/> Neumonía               |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades del corazón       | <input type="checkbox"/> Derrames cerebrales    |

### Antecedentes médicos adicionales

---

---

---

---

---

---

## CIRUGÍAS/ FECHAS

_____	___/___/_____
_____	___/___/_____
_____	___/___/_____
_____	___/___/_____
_____	___/___/_____

## INFORMACIÓN DEL CUIDADOR

\_\_\_\_\_  
Nombre del cuidador

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente

(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Número de teléfono de casa del cuidador

(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Número de teléfono alternativo del cuidador

## INFORMACIÓN DE HOSPITALIZACIÓN

1) Admisión \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ Alta \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Motivo de la hospitalización \_\_\_\_\_

2) Admisión \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ Alta \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Motivo de la hospitalización \_\_\_\_\_

3) Admisión \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ Alta \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Motivo de la hospitalización \_\_\_\_\_

4) Admisión \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ Alta \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Motivo de la hospitalización \_\_\_\_\_

