

**Datos Generales**

Contrato No. \_\_\_\_\_ Familia No. \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
 Día Mes Año

Nombres del Paciente \_\_\_\_\_ Apellidos del Paciente \_\_\_\_\_

Cédula: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Estado Civil:  Soltero  Casado Sexo:  M  F  
 Día Mes Año

Edad \_\_\_\_\_ Teléfono Residencial \_\_\_\_\_ Teléfono celular \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Sector \_\_\_\_\_

Nombre y Apellido del Especialista \_\_\_\_\_

**Antecedentes Médicos del Paciente**

1. Patológicos:	Sí	No	2. Quirúrgicos	Sí	No
a. Cardiovascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. Alérgicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Neumológicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. Traumáticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Ginecológicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. Transfusionales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Neurológicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. Otros	_____	_____
e. Renales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
f. Gástricos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Si usted ha indicado "si" en alguno de los antecedentes anteriores, favor completar las siguientes informaciones:

Punto No.	Diagnóstico	Tratamiento	Fecha

**Historia Clínica**

Resumén Clínico: \_\_\_\_\_

Fecha de última Mestración: \_\_\_\_\_ Tiempo Estimado de Embarazo: \_\_\_\_\_ Fecha Probable de parto: \_\_\_\_\_  
 Día Mes Año Día Mes Año

Tratamiento Recibido: \_\_\_\_\_

Laboratorios / Estudios Complementarios Requeridos: \_\_\_\_\_

Resultados de Estudios Realizados: \_\_\_\_\_

Historia de Embarazos Anteriores \_\_\_\_\_

Próxima cita: \_\_\_\_\_  
 Día Mes Año

**Datos del Prestador**

Codigo de Afiliación Médica \_\_\_\_\_ No. Excequátur \_\_\_\_\_ Firma del Especialista \_\_\_\_\_

Este formulario debe ser llenado correctamente y devuelto en sobre sellado