



Información Personal

Nombre _____
Fecha de nacimiento _____ Genero ☐ Masculino ☐ femenino ☐ otro
Numero de tel _____ Email _____
Dirección _____

Contacto de emergencia

Nombre _____
Numero de tel _____ Email _____
Relación con el contacto _____

Historial Médico

¿Tienes alguna condición médica crónica? (Ej. diabetes, hipertensión, asma, etc.)

¿Tomas algún medicamento regularmente? En caso afirmativo, escribe el nombre y la dosis.

¿Tienes alguna alergia a medicamentos, alimentos u otras sustancias? En caso afirmativo, especifica.

¿Has tenido alguna cirugía o procedimiento médico importante? En caso afirmativo, describe.

¿Fumas o has fumado en el pasado? Si es así, ¿cuánto y durante cuánto tiempo?

¿Consumes alcohol? Si es así, ¿con qué frecuencia?

Estilo de vida

¿Haces ejercicio regularmente? Describe tu rutina de ejercicios.

¿Cómo describirías tu dieta? (Ej. equilibrada, alta en grasas, vegetariana, etc.)

¿Cuántas horas duermes normalmente cada noche?

¿Tienes algún otro hábito o factor de estilo de vida que afecte tu salud? (Ej. trabajo nocturno, estrés, etc.)
