

DR. COSTA PINTO

Querido paciente,

Bienvenido a nuestra consulta. Para poder ayudarlo de la mejor manera en todas las cuestiones de salud, necesito información suya, sobre su historial médico, su entorno de vida, su historial familiar. Los siguientes datos son muy importantes para su tratamiento. Si no está seguro acerca de una respuesta, haga un signo de interrogación.

Paciente

Apellido _____ nombre _____

Fecha de nacimiento _____

Dirección _____

Teléfono _____

Oficina _____ privado _____ móvil _____

Correo electrónico _____

Profession / Último trabajo _____

Altura en cm _____ Peso en kg _____

Sus habitos

Dieta Alimentos mixtos Dieta

Si ¿cuál? Desde cuando? _____

Fuma no sí

Si ¿cuántos al día? Desde cuando? _____

¿Bebe alcohol regularmente? no sí

Si ¿con qué frecuencia? Cual? _____

¿Tiene mucho estrés? no sí

¿Hace deporte? no sí

Si ¿con qué frecuencia? Cual? _____

¿Sufre de trastornos del sueño? no si

Cirugía anterior / quimioterapia / radiación

Enfermedades graves anteriores

¿Tiene o ha tenido alguna de las siguientes enfermedades / infecciones?

Presión arterial alta Trombosis o ataque al corazón Accidente cerebrovascular

Tendencia a sangrar

Diabetes Aumento de los lípidos en la sangre Gota

Enfermedad hepática Enfermedad renal Asma Osteoporosis

Depression Enfermedad de la tiroides Convulsiones

Cáncer Glaucoma Hepatitis HIV otro

¿Ocurrieron las siguientes enfermedades en su familia (padres, hermanos, abuelos)?

Presión arterial alta Trombosis Ataque al corazón / otras enfermedades del corazón

Accidente cerebrovascular

Diabetes Reumatismo

Cáncer Alergias asma otro

¿Tiene alergias? si no

En caso afirmativo, ¿cuáles?

¿Está tomando medicamentos actualmente? no sí

En caso afirmativo, ¿cuáles (por ejemplo, píldora, ASS, Marcumar)? ¿Desde cuándo, con qué frecuencia?

Contacto / recomendación a través de: _____

Doctor Familia Conocido Agenda telefónica Periódico Internet Otro

Fecha y firma

DR. COSTA PINTO

Caro paciente,

Bem-vindo à nossa consulta. Para o melhor ajudar em todos os assuntos de saúde, preciso de informações sobre o seu histórico médico, o seu ambiente de vida, o seu histórico familiar. Os seguintes dados são muito importantes para o seu tratamento. Se não tiver a certeza sobre uma resposta, faça um ponto de interrogação.

Paciente

Apelido _____ nome _____

Data de nascimento _____

Endereço _____

Telefone _____

Escritório _____ particular _____ Telemóvel _____

Correio eletrónico _____

Profissão / Último emprego _____

Altura em cm _____ Peso em kg _____

Os seus hábitos

Dieta Comida mista Dieta

Se sim qual? Desde quando?

Fumar não sim

Se sim, quantos por dia? Desde quando?

Bebe álcool regularmente? não sim

Se sim quantas vezes? Qual? Quanto?

Tem muito stress? não sim

Pratica desporto? não sim

Se sim quantas vezes? Qual

Sofre de distúrbios do sono? não sim

Cirurgia prévia / quimioterapia / radiação

Doenças graves anteriores

Tem ou teve alguma das seguintes doenças / infecções?

- Pressão alta Trombose ou ataque cardíaco Acidente vascular cerebral Tendência ao sangramento
- Aumento de açúcar no sangue Aumento de lipídios no sangue Gota
- Doença hepática Doença renal Asma Osteoporose
- Depressão Doenças da tireóide Convulsões
- Câncer Glaucoma Hepatite HIV outro

As seguintes doenças ocorreram na sua família (pais, irmãos, avós)?

- Pressão alta Trombose ou ataque cardíaco / outras doenças cardíacas
- Acidente vascular cerebral
- Diabetes Reumatismo
- Câncer Alergias Asma outro

Tem alergias? sim não

Se sim, quais? _____

Está atualmente tomando medicamentos? não sim

Se sim, quais (por exemplo, pílula, ASS, Marcumar)? Desde quando, com que frequência?

Contacto / recomendação por meio de: _____

- Médico Família Conhecido Lista telefônica Jornal Internet Outro

Data e assinatura
