

Av. de Mayo 743 - (B1704BUH) Ramos Mejía
Tel.: 4464-2900 (líneas rotativas) - E-mail: info@cirmedmatanza.com.ar

A los Pacientes, por favor completar con letra clara y legible

N° de Afiliado: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Fecha de Admisión: _____

Apellido y Nombre: _____

Domicilio: _____ Loc.: _____ C.P.: _____ Tel.: _____ Hs. _____

ANTECEDENTES DE SALUD

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Alergia a Anestesia | <input type="checkbox"/> Tratamiento de Enfermedades Tiroidales |
| <input type="checkbox"/> Alergia a Drogas o Medicamentos | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Tumores |
| <input type="checkbox"/> Otros problemas neurológicos | <input type="checkbox"/> Diálisis |
| <input type="checkbox"/> Infecciones bucales frecuentes | <input type="checkbox"/> Drogadicción |
| <input type="checkbox"/> Sangrado excesivo de Heridas o Extracciones Dentarias | <input type="checkbox"/> Enfermedades Venéreas |
| <input type="checkbox"/> Trastornos Psiquiátricos Emocionales | <input type="checkbox"/> Hepatitis |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> S.I.D.A. |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Pérdida de Peso |
| <input type="checkbox"/> Asma Bronquial | <input type="checkbox"/> Fiebre (más de 3 semanas) |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Ganglios |
| <input type="checkbox"/> Dolencias Cardíacas | <input type="checkbox"/> Sudoración Nocturna |
| <input type="checkbox"/> Embarazo | <input type="checkbox"/> Marido Hemofílico |
| <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática | <input type="checkbox"/> Transfusión en los últimos 5 años |
| <input type="checkbox"/> Problemas Renales | |

(Marcar con x en caso positivo)

OBSERVACIONES

Por la presente aclaro no haber omitido datos y expreso consentimiento para que se realicen las prestaciones y/o tratamientos propuestos por el profesional actuante.
En mi decisión de no continuar los tratamientos indicados queda implícito el deslindar a vuestra institución de los inconvenientes y responsabilidades que pudiera surgir de tal actitud.

Firma del Paciente