



DR. FERNANDO SOLÍS LAM

55 4072 4635
geriatriasolis@hotmail.com

CENTRO MÉDICO DALINDE
TORRE MÉDICA – CONSULTORIO 508
TUXPAN 29
COL. ROMA SUR
CDMX, 06760

Nombre: _____

Edad: _____

Soy alérgico/a a estos medicamentos: _____

¿Fuma cigarrillos?

- No, nunca fumé
- Antes fumaba. Lo dejé hace ____ años
- Sí, actualmente fumo ____ por día

¿Bebe alcohol?

- No
- Sí. Bebo moderadamente en reuniones
- Soy alcohólico/a en recuperación. Dejé de beber hace ____
- Soy alcohólico/a. Tengo problemas con la bebida

¿Usa sustancias o drogas ilegales?

- No
- Sí

¿Le han hecho cirugías?

- Ninguna cirugía
- Sí, me han realizado las siguientes cirugías
 - _____ en el año _____
 - _____ en el año _____

¿Ha sido hospitalizado/a por alguna enfermedad?

- No
- Sí, me han hospitalizado antes por lo siguiente:
 - _____ en el año _____
 - _____ en el año _____

¿Un médico le ha diagnosticado alguna de estas enfermedades?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus, desde el año _____ | <input type="checkbox"/> Dolor crónico, desde el año _____ |
| <input type="checkbox"/> Hipotiroidismo, desde el año _____ | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Parkinson, desde el año _____ |
| <input type="checkbox"/> Hipertensión arterial, desde el año _____ | <input type="checkbox"/> Demencia, desde el año _____ |
| <input type="checkbox"/> Infarto corazón, desde el año _____ | <input type="checkbox"/> Depresión, desde al año _____ |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardiaca, desde el año _____ | <input type="checkbox"/> Insomnio, desde al año _____ |
| <input type="checkbox"/> Arritmia cardiaca, desde el año _____ | <input type="checkbox"/> EVC / "Tromboembolia cerebral", desde al año _____ |
| <input type="checkbox"/> EPOC / bronquitis crónica, desde el año _____ | <input type="checkbox"/> Gastritis o colitis, desde al año _____, con endoscopia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia renal, desde el año _____ | <input type="checkbox"/> Cáncer, desde el año _____ |
| <input type="checkbox"/> Infecciones urinarias crónicas, desde el año _____ | <input type="checkbox"/> Otras (anote) _____ |
| <input type="checkbox"/> Osteoartritis, desde al año _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Osteoporosis, desde el año _____ | _____ |

