



# 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 \_\_\_\_\_
  - \_\_\_\_\_ en el año \_\_\_\_\_
  - \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_
  - \_\_\_\_\_ en el año \_\_\_\_\_
  - \_\_\_\_\_ 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 _____                   | _____  |



**DR.  
FERNANDO SOLÍS LAM**

☎ 55 4072 4635  
✉ geriatriasolis@hotmail.com

**CENTRO MÉDICO DALINDE  
TORRE MÉDICA – CONSULTORIO 508**

TUXPAN 29  
COL. ROMA SUR  
CDMX, 06760

Los medicamentos que **actualmente** consume son:

Nombre del medicamento	¿Cuántos mg tiene?	¿Cuánto usa al día? (anote 1, 1/2, 1/4)			¿Quién lo recetó?	¿Cuál es su diagnóstico? ¿Por qué lo usa?	¿Cuánto tiempo lo ha usado?
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

¿Qué medicamentos usaba antes? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

¿Cuáles son los 3 problemas de salud más relevantes para usted que quiere abordar durante el tiempo que dura su consulta médica?

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_