|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| DECLARACION OFRENDADA DE MI SALUD | | | | | | | |
| **ESPECIALIDAD O SUBESPECIALIDAD:** | | | Elija un elemento. | | | | |
| **Datos Generales** | | | | | | | |
|  |  |  | |  | | |  |
| 1º Nombre | 2º Nombre | 1er Apellido | | 2º Apellido | | | Identidad o Pasaporte |
| Elegir | Elegir | Elegir | | Elegir | | | Elegir |
| Edad: | Sexo | Estado civil: | | Nacionalidad | | | Departamento/provincia |
|  |  |  | | | |  | |
| Tel Celular № | Tel Fijo № | Correo Electrónico Personal | | | Correo electrónico Alternativo | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Antecedentes familiares:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cáncer | Neuro-endocrinas | | | | Cardiovasculares | | | | | | Respiratorias | | | | Digestivas | | | | Genitourinarias |
| Elegir | Elegir | | | | Elegir | | | | | | Elegir | | | | Elegir | | | | Elegir |
| **Antecedentes personales:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Enfermedades de la infancia: | | | | | |  | | | | | |  | | | | | |  | |
| Enfermedades de adulto: | | | | | |  | | | | | |  | | | | | |  | |
| Intervenciones quirúrgicas: | | | | | |  | | | | | |  | | | | | |  | |
| Padecimiento actual: | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| **Afecciones personales en órganos y sistemas** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sistema nervioso | | | | Órgano de los sentidos | | | | | | | | | | Respiratorio | | | | Cardiocirculatorio | |
| Elegir | | | | Elegir | | | | | | | | | | Elegir | | | | Elegir | |
| Digestivo | | | | Musculo-esquelético | | | | | | | | | | Genito-urinario | | | | hematopoyético | |
| Elegir | | | | Elegir | | | | | | | | | | Elegir | | | | Elegir | |
| Piel y tegumentos | | | | | | | | | Endocrino y metabólico | | | | | | | | | Área psíquica | |
| Elegir | | | | | | | | | Elegir | | | | | | | | | Elegir | |
| Enfermedades Autoinmunes | | | | | | | | | Enfermedades crónico-degenerativas | | | | | | | | | Otra | |
| Elegir | | | | | | | | | Elegir | | | | | | | | |  | |
| Limitación funcional o estructural: | | | | | | | | Elegir | | | Tipo: | |  | | | | | | |
| Tratamiento actual: | | |  | | | | | | |  | | | | | | |  | | |
| Tipo Hábitos y toxicomanías: | | | | | | |  | | | | |  | | | | | |  | |
| Tabaquismo | | | | Alcoholismo | | | | | | Drogas y estupefacientes | | | | | | Adicción | | | |
| Elegir | | | | Elegir | | | | | | Elegir | | | | | | Elegir | | | |
| Explique: | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Declaro y doy fé que los datos son reales y para constancia firmo sello e impresión de huella digital. | | | | |
| Lugar, País: |  | | Fecha: | Haga clic aquí o pulse para escribir una fecha. |
|  | | |  |  |
| Firma y sello médico | |  | Huellas índices | |