|  |
| --- |
| 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 |