

Número de Asociado	Apellido y Nombres (Completo)			LE/LC/DNI
Fecha de Nacimiento	Edad	Correo Electrónico		Teléfono

ANTECEDENTES PERSONALES (Contestar todas las preguntas)

Fecha Examen médico Anterior	Dictamen y Rating	SI/NO	¿Estuvo internado?	Diagnóstico y Fecha / Tratamientos efectuados
1-¿Tuvo o tiene cáncer?¿Recibió Quimioterapia, radioterapia o algún otro tratamiento para el cáncer?				
2- ¿Le han efectuado alguna biopsia?				
3-¿Tuvo o tiene pólipos en el intestino o vejiga?				
4-¿Estuvo internado por alguna afección?				
5-¿Estuvo o está actualmente en tratamiento por alguna afección? ¿Ingiere medicación?				
6-¿Tuvo o tiene episodios de presión arterial alta? ¿Cuáles medicamentos toma?				
7-¿Tuvo o tiene angina de pecho, infarto de miocardio, soplo al corazón, arritmia, By Pass, angioplastia u otra operación sobre el corazón?				
8-¿Ha padecido o tiene convulsiones, parálisis o ataque cerebral o enfermedad nerviosa o depresión? ¿Está medicado?				
9-¿Tuvo o tiene asma bronquitis crónica o enfisema?				
10-¿Tuvo o tiene hepatitis, cirrosis, hemorragia digestiva, úlcera de estómago, hernia de hiato u otra enfermedad no mencionada en esta lista?				
11-¿Le han efectuado tomografía computada, resonancia magnética nuclear, ecografía ergometría o prueba de Talio, o algún otro estudio de alta complejidad?			Fecha y Causa	

12-Señale con una cruz si tuvo o tiene alguna enfermedad:

Del riñón	De la próstata	Linfoma	De la Tiroides	Anemia	Hipertensión	De las Coronarias	Diabetes
-----------	----------------	---------	----------------	--------	--------------	-------------------	----------

DETALLAR A CONTINUACIÓN (Consignar año y tratamiento):

.....

.....

.....

13-¿Alguna otra enfermedad no mencionada anteriormente?. **DETALLAR**

.....

.....

.....

