

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							
.....							
.....							
.....							

