

# Historia Clínica v1.6

# Consulta 1

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de consulta: \_\_\_\_\_

Dirección (Calle y número): \_\_\_\_\_

Colonia: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Delegación: \_\_\_\_\_

Teléfono(s): \_\_\_\_\_ Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Género:  Masculino ( )  Femenino ( )

Fecha de nacimiento: Día \_\_\_\_ Mes \_\_\_\_ Año \_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ años Estado civil: \_\_\_\_\_

¿Cómo se enteró de los consultorios? \_\_\_\_\_ Escolaridad \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

En caso de emergencia notificar a: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Por este medio doy mi autorización para que se me realice la consulta médica y la detección de padecimientos como: sobrepeso, obesidad, diabetes mellitus, hipertensión arterial, dislipidemia, depresión y otros malestares relacionados. Expreso que es mi voluntad recibir la consulta médica y doy mi consentimiento para el diagnóstico y tratamiento médico, así como de la práctica de mediciones y evaluaciones que se requieran para mi valoración integral de salud. Renuncio expresamente a cualquier reclamo. Doy mi autorización a que dicha información sea para el uso del grupo multidisciplinario de salud e investigaciones médicas de Productos Medix, S.A. de C.V.

Conforme a la Ley Federal de Protección de Datos Personales, otorgo mi consentimiento para que se recaben los "datos personales" y "datos sensibles", que derivados de esta consulta sean declarados; asimismo manifiesto mi conformidad para que dichos datos puedan ser compartidos con terceros. De igual forma entiendo que el "Aviso de Privacidad" respectivo está disponible y a la vista en este consultorio y en la página web [www.bmsa.com.mx](http://www.bmsa.com.mx)

Nombre y firma de consentimiento: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES Y PERSONALES DE COMORBILIDAD POR OBESIDAD

(1) No (2) Sí, familiar (3) Sí, personal

Diabetes Mellitus ( )	Tipo( )	Tratamiento ( )	Medicamento( )	Monitoreo( )	Frecuencia Monitoreo ( )	Várices ( )
Hipertensión arterial ( )						Cálculo biliar ( )
Antecedentes cardiovasculares ( )						Reflujo gastroesofágico ( )
Enfermedades neurológicas ( )						Incontinencia urinaria ( )
Cáncer ( )						Infertilidad ( )
Obesidad ( )						Insomnio ( )
Enfermedades de la tiroides ( )						Dislipidemias ( )
Alergias ( )						Quirúrgicos ( )

## ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS (DETERMINAR CANTIDAD Y TEMPORALIDAD)

Temporalidad: (D) Diario (S) Semanal (M) Mensual (A) Anual

Alcohol	No ( )	Sí ( )	Cantidad (no. Copas)	Temporalidad ( )	Tipo de consumo ( )
Tabaquismo	No ( )	Sí ( )	Cantidad (no. Cigarros)	Temporalidad ( )	
Drogas	No ( )	Sí ( )	Tipo	Temporalidad ( )	
Sedentarismo	No ( )	Sí ( )		Temporalidad ( )	
Ejercicio	No ( )	Sí ( )	Cantidad	Temporalidad ( )	