ANTECEDENTES PERSONALES

HTA ☐ Si ☐ No ENFERMEDADES CARDÍACAS: ☐ Si ☐ No

DIABETES: ☐ Si ☐ No ENFERMEDADES RESPIRATORIAS: ☐ Si ☐ No

OTROS: _____

ALERGIAS: ☐ Si ☐ No ESPECIFICAR: _____

TOMA MEDICACIÓN DE FORMA HABITUAL: ☐ Si ☐ No ESPECIFICAR: _____

LLEVA ALGUN TIPO DE PROTESIS ☐ Si ☐ No ESPECIFICAR: _____

¿ HA COMIDO ? ☐ Si ☐ No ESPECIFICAR: _____

¿ HA BEBIDO ? ☐ Si ☐ No ESPECIFICAR: _____

PESO: _____ Kg. TALLA: _____ cm.

OBSERVACIONES