



PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES

1 DATOS PERSONALES

FECHA: _____

Plan	Nº Afiliado	Apellido y Nombre	Fecha de Nacimiento	Edad

Domicilio		Teléfono	Particular
Particular			Laboral
Laboral			Celular

Dirección de correo Electrónico	Horarios para contactarlo

2 ANTECEDENTES PERSONALES - ESTILO DE VIDA (marque con una X lo que corresponde)

Tabaquismo SI NO Cuántos cigarrillos _____ Por día ¿Cuánto tiempo hace que fuma? _____ Años ¿Tiene tos? SI NO

¿Consumo alcohol? SI NO Cantidad mayor a _____ cc X Sem. Cantidad menor a _____ cc X Sem.

¿Realiza Act. Física? SI NO Frecuencia _____ Hs. X Sem. ¿Se fatiga al caminar? SI NO ¿Tuvo o tiene palpitaciones? SI NO

¿Está o estuvo en tratamiento por problemas cardíacos? SI NO ¿Tuvo o está en tratamiento por azúcar elevado en sangre? SI NO

Obesidad ¿Se considera obeso? SI NO ¿Ha hecho o está en tratamiento por sobrepeso? SI NO

Tensión Arterial		Frecuencia cardíaca	Peso	Altura	Actividad Laboral:
MIN	MAX	_____ x min.	_____ kg.	_____ cm.	_____
		Perímetro de cintura abdominal _____ cm.			Empresa: _____
					Horas de Trabajo: _____

3 ANTECEDENTES HEREDITARIOS

	Hipertensión Arterial	Diabetes	Accidentes Cardiovasculares	Infarto Agudo Miocardio	Enfermedades Oncológicas (Cáncer de:)	¿Viven?	Causa / Motivo de Muerte
PADRE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>
MADRE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>
HERMANOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>

4 PATOLOGÍAS (Marcar que afección tiene)

Hipertensión (Presión Alta) <input type="checkbox"/>	Colitis Ulcerosa / Crohn <input type="checkbox"/>	Enfermedad de Parkinson <input type="checkbox"/>	Tratamiento Antipsicótico <input type="checkbox"/>
Enfermedad Coronaria <input type="checkbox"/>	Diabetes <input type="checkbox"/>	Artritis Reumatoidea <input type="checkbox"/>	Otras Enfermedades: _____
Insuficiencia Cardíaca <input type="checkbox"/>	Dislipemia (Colesterol) <input type="checkbox"/>	Gota (Ácido Úrico) <input type="checkbox"/>	_____
Arritmia Crónica <input type="checkbox"/>	Hipo/Hipertiroidismo <input type="checkbox"/>	Asma Bronquial E.P.O.C. <input type="checkbox"/>	_____
Vasculopatía <input type="checkbox"/>	Epilepsia <input type="checkbox"/>	Glaucoma <input type="checkbox"/>	_____

Médico que la/lo trata _____	Dirección _____
------------------------------	-----------------

Teléfono y e-mail _____	_____
-------------------------	-------

5 ¿QUÉ MEDICAMENTOS CONSUME?

Monodroga	Nombre Comercial	Mg. P/u	Dosis Diaria	Tiempo de Evolución del Consumo

Localidad, Fecha: _____

Firma del Afiliado

DEVOLVER A OSPAC Y ADJUNTAR HISTORIA CLINICA