



# FORMULARIO DE DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_

SEXO M      F

MOTIVO DE SU CONSULTA

---

TIEMPO DESDE APARICIÓN DE LA ENFERMEDAD Y ÁREAS AFECTADAS

---

SÍNTOMAS

---

MEDICAMENTOS HABITUALMENTE UTILIZADOS PARA OTRAS  
ENFERMEDADES

---

MEDICAMENTOS UTILIZADOS PARA TRATAR LA ENFERMEDAD POR LA QUE  
CONSULTA

---

OTROS COMENTARIOS

---

---