

DATOS DEL PACIENTE					Fecha de Alta al Servicio de SFT:		
Nombre(s):		Apellido(s):			Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Código Paciente
Fecha de Nacimiento:	Edad (años):	Peso (kg):	Talla (m):	IMC:	Cadera (cm):	Cintura (cm):	
Dirección:			Población:		Provincia:	Código Postal:	
Cuidador / Acompañante:		Teléfono móvil:	Teléfono de Contacto:		Correo electrónico:		
Seguro de Salud (Cobertura):	Centro de salud/Clínica/Hospital:				Médico Tratante:		
Ocupación:	MOTIVO DE CONSULTA:						

MEDIDAS CLÍNICAS: (Presión arterial, Colesterol Total, Triglicéridos, Glucemia, INR, PEF, FEV1, otros)

Situación Familiar/Social que rodea al paciente:

Embarazada	Si	No	Fecha estimada de parto:	Lactando	Si	No
------------	----	----	--------------------------	----------	----	----

ALERTAS	ALERGIAS Y REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS
Prevenición y grupos de riesgo (Osteoporosis, RCV, tromboembolismo, vacunación contra la gripe, el polén, etc.)	Historias de Alergias a Medicamentos y/o alimentos (producto, fechas, signos y síntomas)
Otras alertas/Aparatos ortopédicos, Condiciones especiales (visión, audición, movimiento, analfabetismo, discapacidad)	Historia de Reacciones Adversas a Medicamentos (medicamento, fechas, signos y síntomas)

HÁBITOS DE VIDA			
Tabaco		Alcohol	
<input type="checkbox"/> No consume	<input type="checkbox"/> 0-1 paquete diario	<input type="checkbox"/> No consume	<input type="checkbox"/> <2 <input type="checkbox"/> diario <input type="checkbox"/> vino
Comentarios	<input type="checkbox"/> > 1 paquete diario	Comentarios	<input type="checkbox"/> <2-6 <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> cerveza
	<input type="checkbox"/> historia de uso de tabaco		<input type="checkbox"/> > 6 <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> licor
	<input type="checkbox"/> intentos de dejar el tabaco		<input type="checkbox"/> historia de dependencia alcohólica
Cafeína		Actividad física	
<input type="checkbox"/> No consume	<input type="checkbox"/> < ___ tazas al día	<input type="checkbox"/> No realiza	<input type="checkbox"/> Sedentario (<1hr aeróbica/semana)
Comentarios	<input type="checkbox"/> < ___ tazas al día	Comentarios	<input type="checkbox"/> Suave (1-2,5hrs aeróbica/semana)
	<input type="checkbox"/> < ___ tazas al día		<input type="checkbox"/> Moderada (2,5-5hrs aeróbica/semana)
	<input type="checkbox"/> historia de dependencia a la cafeína		<input type="checkbox"/> Intensa (>5 hrs aeróbica/semana)
Drogas de abuso		Dieta	
Comentarios	<input type="checkbox"/> No consume	Comentarios	<input type="checkbox"/> Ninguna
	<input type="checkbox"/> Consume		<input type="checkbox"/> Diabética
	Historia de uso		<input type="checkbox"/> RCV
			<input type="checkbox"/> Otra: