

**Dr. SERGIO BRANTES GLAVIC**  
 MEDICINA INTERNA - ENDOCRINOLOGIA

**El Trovador 4280 Of. 903, Las Condes. Tel 2634739**  
[sbrantes@usa.net](mailto:sbrantes@usa.net) - [www.sbrantes.cl](http://www.sbrantes.cl)



Fecha    Fecha de Nacimiento:    CI:

Nombres y apellidos   
 Domicilio Comuna y ciudad

Casa  Celular  Destacar teléfono preferente.  
 Oficina  e-mail

Incluir en paréntesis código de área, si es de fuera de Santiago

**Antecedentes Médicos:**

**Enfermedades crónicas o permanentes:**

<input type="checkbox"/>	Hipertensión
<input type="checkbox"/>	Arritmias
<input type="checkbox"/>	Diabetes
<input type="checkbox"/>	Epilepsia
<input type="checkbox"/>	Alergias
<input type="checkbox"/>	Hipotiroidismo
<input type="checkbox"/>	AR - LES
<input type="checkbox"/>	Glaucoma
<input type="checkbox"/>	Fuma?

**Operaciones y hospitalizaciones:**

<input type="checkbox"/>	Vesícula
<input type="checkbox"/>	Amígdalas
<input type="checkbox"/>	Hernias
<input type="checkbox"/>	Válvula Cardíaca
<input type="checkbox"/>	By Pass Corazón
<input type="checkbox"/>	By Pass arterial
<input type="checkbox"/>	By Pass Gástrico
<input type="checkbox"/>	Apéndice
<input type="checkbox"/>	Prótesis cadera

**Medicamentos que toma: (todos) Incluir psicofármacos, anticoagulantes, etc.**

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Para Mujeres**     
 Nº de:     
 Embarazos Partos Pérdidas  
 Fecha de su última menstruación   
 Reglas duran  días, llegan cada  días  
 Anticonceptivo o terapia hormonal actual:   
 Fecha aprox De última     
 Mamografía Eco Gine Papanicolaou

Motivo de consulta:  Chequeo

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

**Antecedentes Familiares**

	PADRE	MADRE	HERMANO	OTRO
Infarto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hemiplejía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trombosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer de Colon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer de mama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fracturas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Enfermedad Actual, primeros síntomas:**

<input type="text"/>
<input type="text"/>

**Enfermedad Actual, síntomas presentes:**

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

**Exámenes del último año:**

- Antígeno Prostático
- Hemograma
- Perfil Bioquímico
- Perfil Lipídico, colesterol
- Creatininemia
- TSH
- Anticuerpos ANA u otros
- Glicemia pos carga
- A1C Hemoglobina Glicosilada
- Microalbuminuria
- Orina Completo
- Urocultivo
- Rx Tórax
- Ecotomografía Abdominal
- Electrocardiograma
- Scanners y/o Resonancias
- Endoscopías

