

Estimada paciente, estimado paciente,

Le damos la bienvenida a nuestra consulta de neurología. Con el fin de facilitarle y facilitarnos el trabajo, y de poder gestionar su visita de la manera más eficiente posible, le pedimos conteste a las siguientes preguntas:

Apellidos		Nombre	
Nacionalidad		Dirección de E-Mail	
Teléfono fijo		Teléfono móvil	

Médicos que le han derivado a nuestra consulta así como aquellos con los que actualmente se encuentra en tratamiento (en su caso también psicoterapeutas)

Apellidos	Especialidad	Dirección	* Le pedimos señale a continuación si está de acuerdo con que la/el médico obtenga información sobre los resultados obtenidos en nuestra consulta
			• sí • no
			• sí • no
			• sí • no
			• sí • no
			• sí • no

Nosotros tenemos la obligación del secreto profesional, es decir, proporcionamos información (resultados, recetas etc.) exclusivamente de forma personalizada a Usted. Sin embargo, si lo desea, puede escribir aquí el nombre de las personas a las que autoriza para recibir información o recoger recetas. En ese caso actuaremos conforme a su pedido.

Personas autorizadas para la obtención de información así como para la recogida son

Autorizo a mi neuróloga para la obtención de la información médica necesaria respecto a mi persona, por parte de médicos que en el pasado o en el presente me trataron o me tratan. Tengo conocimiento de que puedo desestimar esta autorización en cualquier momento.

• sí • no

Autorizo y pido, que en caso de solicitarlo por E-Mail, se me envíen resultados de laboratorio. Tengo conocimiento de que puedo desestimar esta autorización en cualquier momento.

• sí • no

Fecha

Firma

Situación actual	Vivienda: <ul style="list-style-type: none"> • vivo sólo/o • vivo con mi pareja • vivo con mi(s) hija(s)/o(s) • vivo con mi(s) progenitor/a(es) 	Situación familiar: <ul style="list-style-type: none"> • soltera/o • viuda/o • divorciada/o/ separada/o • casada/o/ en pareja
Hijos	• no • sí-número:	
Trabajo/ocupación	<hr/> <ul style="list-style-type: none"> • empleada/o • autónoma/o • desempleada/o • jubilada/o 	
Discapacidad	• no • sí, grado:	Signo:
Representación legal	• no • sí, mi representante legal es:	

Por favor, déle la vuelta

Medicación (incluida „la pila“, gotas o parches) que está tomando en este momento

Medicamento (Nombre)	Mañana	Mediodía	Tarde	Noche	Prescrito por/para/ anotaciones

Alergias

--

Fuma Usted?	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí	cantidad diaria:
Bebe Usted alcohol?	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí	cantidad:

Motivo de su consulta/ descripción de los síntomas

--

Información sobre enfermedades importantes, físicas o mentales, que haya padecido o que padezca actualmente (indique también accidentes como traumatismos craneoencefálicos así como operaciones importantes.)

--

¡Muchas gracias por su colaboración!