

Información básica

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Persona para hablarle en emergencias: _____

Alergias: _____

Enfermedades u operaciones anteriores: _____

Números telefónicos del médico: _____

Números del seguro médico: _____

Registro de revisiones y análisis

Use este registro para anotar la fecha en que reciba los exámenes y los resultados. Trate de recordar llevar este folleto con usted cada vez que consulte al

médico. Este registro también le ayudará a mantener un control de cuándo necesita realizarse el próximo examen o revisión.

Revisión/examen	Fecha/resultados					
La presión arterial						
El azúcar en la sangre						
La densidad de hueso						
El colesterol						
Las consultas con el dentista						
La audición						
La tuberculosis						
La vista						
El peso						

Registro de los análisis de cáncer

Tipo de examen/ Examen	Fecha/resultados					
Examen de detección de cáncer colorrectal						
Mamografía						
Examen de Papanicolaou						
Examen de detección de cáncer de próstata						
Examen de detección de cáncer bucal						

Tabla de vacunación

Inmunización (vacuna)	Con qué frecuencia	Fechas de administración							
Tétanos-difteria	Cada 10 años								
Sarampión, paperas y rubéola (para mujeres adultas que nacieron después de 1956 y puedan embarazarse)	Por lo menos una vez (Vea la pagina 55.)								
Gripe	Cada año después de los 50 años o antes si está bajo riesgo (Vea la página 55.)								
Pulmonía	Una vez a los 65 años								
Hepatitis B	Si está bajo riesgo (Vea la página 56.)								

