

Información básica

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Persona para hablarle en caso de emergencias:

Alergias: _____

Enfermedades u operaciones anteriores: _____

Números telefónicos del médico: _____

Números y nombre de la compañía de 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 esta guía 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					
Presión arterial						
Azúcar en la sangre						
Densidad ósea						
Colesterol						
Consultas al dentista						
Audición						
Tuberculosis						
La vista						
Peso						

Registro de los análisis de cáncer

Tipo de análisis/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								
Gripe	Cada año después de los 50 años o antes si está bajo riesgo (vea la página 49).								
Pulmonía	Una vez a los 65 años o antes si está bajo riesgo (vea la página 50).								
Hepatitis B	Si está bajo riesgo (vea la página 50).								

