**Dra. Flor Irma Parada**

**Médico Internista y Gastroenterólogo**

Consultorio Calle 1 de Montalbán 1, a dos casas del CICPA de la Vega. Lateral al C.C. USLAR

**WhatsApp: +58 414-2457632**

**Email:** [**medigastroflor@gmail.com**](mailto:medigastroflor@gmail.com)

**Previo a la cita, por favor suministre los siguientes datos:**

**DATOS PARA SU HISTORIA CLÍNICA:**

|  |  |
| --- | --- |
| ▪️ Nombre completo |  |
|  |  |
| ▪️Edad |  |
| ▪️Fecha de nacimiento |  |
| ▪️#Celular familiar |  |
| ▪️Motivo de consulta |  |
| ▪️Enfermedades que padece o padeció. |  |
| ▪️ Cirugías a las cuales ha sido sometido (a). |  |
| ▪️ Enfermedad o causa muerte de padres, abuelos, hermanos. Si es su caso. |  |
| ▪️Fuma o fumaba?. Especifique años con el hábito. |  |
| ▪️Toma licor o tomaba. Especifique tipo de licor, frecuencia y años con el hábito. |  |
| ▪️ Medicamentos que usa y en qué dosis lo toma o inyecta. |  |
| ▪️ Ocupación |  |
| ▪️ Otros síntomas diferentes a su motivo de consulta. Especifique. |  |
| ▪️ Tensión Arterial actual. |  |
| ▪️ Examen clínico actual (laboratorio, RX, ECG, otros). Envielos. |  |