FORMULARIO DE ADMISIÓN DE SEGUIMIENTO DEL PACIENTE

Fecha de hoy: _____

Nombre: _____ **DOB: _____**

Sexo: hombres , hembra

Razón de la visita: _____

Signos vitales

Altura	
Peso	
Temp	
Bp	
Oximetría de pulso	

Alergias y sensibilidades

• ***NO HAY ALERGIAS CONOCIDAS***	
Alergia	Reacción

Medicamentos actuales

• ***NO SE CONOCEN MEDICAMENTOS ACTUALES***	
Nombre del medicamento	Dosificación

Información adicional