

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: EDILBERTO BAEZ PACHON|

IDENTIFICACIÓN: CC 9398981

SEXO: Masculino

ETNIA: Otros

**INFORMACIÓN DE ANTECEDENTES DEL PACIENTE****ANTECEDENTES REGISTRADOS PREVIAMENTE****- ANTECEDENTES MÉDICOS**

(11/08/2020) Enfermedad de Parkinson (G20X). Sospecha ATEP: No.

**- PRINCIPALES ANTECEDENTES DE RIESGO**

(11/08/2020, 16:58:52)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
11. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
13. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
14. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
15. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
16. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
17. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)? : No.
18. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus? : No.
19. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial? : No.
20. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
21. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o triglicéridos =400 mg/dL): No.
22. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
24. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses? : No.
25. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
26. ¿Tiene hemorragias espontáneas o desproporcionadas con un evento traumático? : No.
27. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina? : No.
28. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses? : No.
29. ¿Cualquiera de sus padres, hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
30. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
31. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

**ATENCIÓNES DEL PACIENTE**