



**Dr. Raúl F. Martínez Vite**

Otorrinolaringología • Rinología • Cirugía Facial

UANL • UDEM • UNAM • Cédula profesional 5072895 Cédula Especialidad 8459254

Certificado por el Consejo Mexicano de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello  
SMORLCCC SMRCF CECONGAMAC

*\*Toda información expresada aquí se considera de uso profesional y es de carácter estrictamente confidencial. En caso de no dar consentimiento de recabación de datos personales se solicita denegar por escrito a través de nuestro aviso de privacidad (solicitar impresión en consultorio)*

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento D\_\_\_\_\_/M\_\_\_\_\_/A\_\_\_\_\_ Estado Civil \_\_\_\_\_ Tipo de Sangre \_\_\_\_\_

Nombre de Cónyuge \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_ Referido por \_\_\_\_\_

Domicilio – Calle y # \_\_\_\_\_ Colonia \_\_\_\_\_

CP \_\_\_\_\_ Municipio \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Teléfono Fijo \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

Peso (kg)\_\_\_\_\_ Talla (mts)\_\_\_\_\_ Compañía de Seguros de Gastos Médicos \_\_\_\_\_

En caso de requerir factura: RFC\_\_\_\_\_ Domicilio Fiscal [ Mismo que particular ] [ Otra ]

### Historial Médico General

Familiares directos con enfermedades de consideración como: *ceguera, sordera, asma, alergias, cáncer, tuberculosis, diabetes, hipertensión, problemas de coagulación.* [ Si ] [ No ]

Uso de: *Tabaco* [ Si ] [ No ] *Alcohol* [ Si ] [ No ] *Tatuajes* [ Si ] [ No ] *Drogas* [ Si ] [ No ]

Antecedentes Médicos de Importancia: *Cirugías previas* [ Si ] [ No ] *Hospitalización* [ Si ] [ No ]

*En tratamiento médico actualmente* [ Si ] [ No ] *Actualmente embarazada* [ Si ] [ No ]

Enfermedades actuales/previas: *Hipertensión* [ Si ] [ No ] *Diabetes* [ Si ] [ No ] *Cáncer* [ Si ] [ No ]

*VIH* [ Si ] [ No ] *Hepatitis B o C* [ Si ] [ No ] *Fracturas* [ Si ] [ No ] *Reumatológico* [ Si ] [ No ]

*Alergias a medicamentos o alimentos* [ Si ] [ No ] Favor de especificar:

### Anexo Medicamentos y Suplementos Naturistas Normalmente Utilizados • Alergias

---

---

---

---

---

Fecha \_\_\_\_\_

Firma del paciente o familiar \_\_\_\_\_

