

Dolores en el pecho Sí No | Problema gastrointestinal Sí No | Presión arterial baja Sí No
 Edema en las piernas Sí No | Problema de visión Sí No | Problema de audición Sí No | Problema de memoria Sí No

¿Alguna vez ha tenido alguna enfermedad/condición grave no mencionada anteriormente? _____

CUESTIONARIO DE MEDICAMENTOS

Enumere todos los medicamentos que toma, incluidos los recetados, a base de hierbas y de venta libre.

|

