

Nombre _____ Edad _____ Fecha de Hoy ____/____/____

Motivo De Su Visita _____

Estatura: _____ " Peso: _____ lbs. ¿Cuánto es lo más que ha pesado?: _____ lbs.

HISTORIAL MÉDICO

Por favor marque si usted tiene o alguna vez ha tenido alguna de las siguientes condiciones a continuación:

- | | | | | |
|--|---|--|---|---|
| Cardiovascular | Respiratorio | Sangre | Salud Mental | Inmunológico / Infección |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Asma / Bronquitis | <input type="checkbox"/> Trastornos de la Coagulación | <input type="checkbox"/> Alcohol / Dependencia a Drogas | <input type="checkbox"/> SIDA / VIH |
| <input type="checkbox"/> Angina / Dolor de Pecho | <input type="checkbox"/> Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica / Enfisema | <input type="checkbox"/> Transfusión de Sangre | <input type="checkbox"/> Anorexia / Bulimia | <input type="checkbox"/> Herpes / Herpes Labial |
| <input type="checkbox"/> Arritmia | <input type="checkbox"/> Pulmonía | <input type="checkbox"/> Trombosis Venosa Profunda / Coágulos de Sangre / Embolia Pulmonar | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Trastorno Inmunológico |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia Cardíaca Congestiva | <input type="checkbox"/> Tuberculosis | | <input type="checkbox"/> Cuidado psiquiátrico | <input type="checkbox"/> Enfermedad Venérea |
| <input type="checkbox"/> Ataque Cardíaco | Gastrointestinal | Neurológico | <input type="checkbox"/> Intento de Suicidio | <input type="checkbox"/> Staphylococcus aureus / Enterococo -- resistente a la Meticilina y/o Vancomicina |
| <input type="checkbox"/> Soplo en el Corazón | <input type="checkbox"/> Enfermedad del Hígado | <input type="checkbox"/> Epilepsia | Piel / Esquelético | Endocrinológico |
| <input type="checkbox"/> Presión Arterial Alta | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Reflujo Gastroesofágico | <input type="checkbox"/> Migrañas | <input type="checkbox"/> Ictericia | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Colesterol Alto | <input type="checkbox"/> Hernia | <input type="checkbox"/> Parálisis | <input type="checkbox"/> Trastornos de la Piel | <input type="checkbox"/> Trastorno de la Tiroides |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de Válvula Cardíaca | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Derrame Cerebral / Ataque Isquémico Transitorio | <input type="checkbox"/> Artritis | |
| <input type="checkbox"/> Marcapaso / Prótesis Endovascular "Stent" | <input type="checkbox"/> Úlceras Pépticas | | <input type="checkbox"/> Gota | Otro |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad Reumática del Corazón | | | <input type="checkbox"/> Fractura | <input type="checkbox"/> Glaucoma |
| | | | | <input type="checkbox"/> Trastornos del Riñón |

¿Presenta usted algún tipo de discapacidad?: _____ ¿Algún tipo de cancer? _____

¿Está siendo usted tratado(a) por alguna condición o enfermedad en este momento? Sí No. (Si afirma, por favor, explique): _____

Fecha de su último examen físico: _____ Resultado: _____

¿Ha tenido alguna CIRUGÍA? Sí No - Si su respuesta es Si, por favor enumere:

--	--	--

¿Usted o algún miembro de su familia ha tenido algún problema con anestesia? Sí No - Si su respuesta es Si, por favor explique:

¿Ha sido diagnosticado(a) con un trastorno del sueño o apnea del sueño? Sí No

¿Utiliza usted una máquina "C-PAP" para su trastorno del sueño? Sí No

¿Tiene alguna ALERGIA a algún MEDICAMENTO? Sí No. Si afirma, por favor escriba el nombre del medicamento y la reacción.

--	--	--

HISTORIA FAMILIAR (Solamente mencione parientes consanguíneos.) Ninguno

<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Coágulos de Sangre	<input type="checkbox"/> Presión Arterial Alta
<input type="checkbox"/> Derrame Cerebral	<input type="checkbox"/> Enfermedad del Corazón	<input type="checkbox"/> Cáncer / Tipo
<input type="checkbox"/> Otro		

ESCRIBA TODOS LOS MEDICAMENTOS QUE ESTA TOMANDO (NOMBRE Y DOSIS): No Medicamentos

	<input type="checkbox"/> Control de Peso	<input type="checkbox"/> Estrógeno/ Hormonas
	<input type="checkbox"/> "Accutane" (en el pasado año)	<input type="checkbox"/> Quimioterapia
	<input type="checkbox"/> Antibióticos	<input type="checkbox"/> Antidepresivos
	<input type="checkbox"/> Aspirina/ Anti-inflamatorios no-esteroides	<input type="checkbox"/> Esteroides
	<input type="checkbox"/> Anticoagulantes	<input type="checkbox"/> Vitaminas/ Suplementos
	<input type="checkbox"/> Anticonceptivo (pastillas, DIU, parche, etc.)	<input type="checkbox"/> Herbales/ Homeopáticos

¿Está usando o alguna vez ha usado drogas ilícitas? Sí No ¿Qué tipo? _____

Por favor, proporcione más detalles: _____

¿Fuma? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Hace cuánto dejó de fumar? _____	¿Cuánto fumaba? _____	# al día
¿Ingiere bebidas alcohólicas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Socialmente	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Moderadamente

♀ SALUD DE LA MUJER N/A

Embarazos: _____ Nacidos Vivos: _____ Abortos Espontáneos: _____ Abortos Inducidos: _____

Fecha de Última Menstruación: _____ ¿Está embarazada? Sí No

Fecha de Ultimo Mamografía: _____ Resultados: _____

Talla Actual de Sostén: _____ ¿Alguna vez ha tenido alguna biopsia de los senos? Sí No Fecha _____ Cáncer de Seno: Sí No

REVISION DE SISTEMAS Por favor **CIRCULE** a continuación los síntomas que haya tenido recientemente. Ningún Síntoma

General:	Fatiga. Fiebre. Escalofríos. Sudores. Alteración del sueño. Aumento o pérdida de peso reciente.
Ojos, Oídos, Nariz y Garganta	Ceguera. Visión borrosa. Cataratas. Lentes de contacto. Visión doble. Ojos secos / Irritados. Dolor en ojo. Lagrimeo excesivo. Ojos rojos. Sensibilidad a la luz. Cambios en la visión. Secreción de los oídos. Dificultad al respirar por la nariz. Mareo. Pérdida de la audición. Zumbido en los oídos. Congestión nasal. Sangrados de nariz. Pérdida del olfato. Golpes de nariz. Sinusitis. Úlcera/Llaga. Dientes recubiertos. Dientes flojos. Dolor de dientes. Problemas dentales. Dentaduras. Dificultad para tragar. Voz Ronca. Ronquido al dormir.
Cardiovascular:	Dolor de pecho. Insuficiencia cardíaca congestiva. Arritmia o latidos irregulares. Ataque al corazón. Presión arterial baja. Prolapso de válvula mitral/ Necesidad de antibióticos para procedimientos dentales. Hinchazón de pies. Pálpitos / Latidos saltados. Mala circulación. Fiebre reumática. Venas varicosas.
Respiratorio:	Bronquitis. Tos con sangre. Falta de aliento. Pulmonía. Tos reciente. Sibilancias (pitidos). Tuberculosis.
Gastrointestinal:	Abdomen hinchado. Vómitos con sangre/ Sangre en heces fecales. Cambio en apetito. Cambio en hábitos intestinales. Colitis de Crohn. Estreñimiento. Diarrea. Hemorroides/ Sangrado rectal. Gastritis/ Reflujo. Hepatitis/ Ictericia. Síndrome de intestino irritable. Náusea/ Vómitos. Úlceras pépticas. Colitis Ulcerativa.
Genitourinario:	Infección del tracto urinario. Sangre en la orina / Dificultad al orinar / Orina frecuentemente / Dolor al orinar / Incontinencia urinaria. Enfermedad de transmisión sexual. Infección vaginal.
Musculoesqueletal:	Artritis. Dificultad al caminar. Dolor en las extremidades. Heridas. Dolor en las articulaciones. Calambres en las piernas. Lupus Eritematoso. Artritis reumatoide. Debilidad muscular inusual. Hinchazón.
Neurológico:	Mareos / Desmayos. Adormecimiento. Migrañas / Dolores de cabeza. Convulsiones / Epilepsia. Pérdida del conocimiento. Ataque cerebral. Debilidad / Pérdida del balance.
Hemato / Inmunológico:	Sangrado de las encías. Coágulos/ Trastorno de la coagulación. Transfusión de sangre. Fácil aparición de moretones. Complicaciones por VIH. Staphylococcus aureus resistente a la Meticilina/ Enterococo resistente a Vancomicina. Anemia de células falciformes. Inflamación de los ganglios linfáticos.
Endocrino / Hormonal:	Trastorno adrenal o de tiroides. Niveles inestables de glucosa en sangre. Neuropatía. Uso de esteroides.
Piel:	Acné. Daño por quemadura. Dificultad para la curación de heridas. Cicatrización excesiva o insatisfactoria. Comezón/ Ronchas. Lunares que han cambiado en apariencia. Cáncer de la piel. Erupción inexplicada / inflamación.
Psiquiátrico:	Alcoholismo. Ansiedad. Depresión. Abuso de drogas. Problemas financieros o conyugales. Esquizofrenia.
Senos:	Mamografía anormal. Secreción con sangre. Masa o tumor benigno. Cáncer. Secreción clara. Secreción de leche. Senos fibroquísticos. Dolor. Reducción. Implantes de solución salina. Implantes de gel de silicona.

Al mejor de mi conocimiento, esta información es completa y correcta. Entiendo que es mi responsabilidad informar a mi médico si ocurre un cambio en mi salud o en la salud de mi hijo menor de edad.

X	_____	_____	_____
Firma del paciente, padre, tutor o representante	Fecha	Hora	
Nombre del paciente, padre, tutor o representante	Fecha	Hora	
Revisado por (Personal de Clínica, si aplica)	Fecha	Hora	
Revisado por (Personal Pre-Operatorio)	Fecha	Hora	