



## ANTECEDENTE MEDICO:

### **POR FAVOR INDIQUE CUALQUIER CONDICIONE/S QUE USTED HA TENIDO:**

- |   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Presión arterial alta                  | <input type="checkbox"/> Cáncer de mama            | <input type="checkbox"/> Fibromialgia          | <input type="checkbox"/> Colesterol alto        |
| <input type="checkbox"/> Cáncer del pulmón                      | <input type="checkbox"/> Apnea de sueño            | <input type="checkbox"/> Diabetes              | <input type="checkbox"/> Cáncer del colon       |
| <input type="checkbox"/> Problemas del riñón                    | <input type="checkbox"/> Problemas de la tiroides  | <input type="checkbox"/> Cáncer de próstata    | <input type="checkbox"/> Ataque/aneurisma       |
| <input type="checkbox"/> Artritis                               | <input type="checkbox"/> Cáncer de cabeza y cuello | <input type="checkbox"/> Anemia                | <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón |
| <input type="checkbox"/> Cáncer del uterino                     | <input type="checkbox"/> Trastornos de coagulación | <input type="checkbox"/> Enfermedad del pulmón | <input type="checkbox"/> Leucemia               |
| <input type="checkbox"/> Depresión                              | <input type="checkbox"/> Asma                      | <input type="checkbox"/> Linfoma               | <input type="checkbox"/> Convulsiones           |
| <input type="checkbox"/> La rinitis alérgica                    | <input type="checkbox"/> Cáncer de la piel         | <input type="checkbox"/> Reflujo (GERD)        | <input type="checkbox"/> Melanoma               |
| <input type="checkbox"/> Síndrome de down                       | <input type="checkbox"/> Ulcera de estómago        | <input type="checkbox"/> Columna vertebral     |   |
| <input type="checkbox"/> Ninguna de estas condiciones eh tenido |  |  |   |

## HISTORIAL QUIRÚRGICA:

### **POR FAVOR INDIQUE SI HA TENIDO LAS SIGUIENTES CIRUGÍAS:**

- |   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Próstata           | <input type="checkbox"/> Amigdalotomía     | <input type="checkbox"/> Histerectomía     | <input type="checkbox"/> Cirugía laser/catarata |
| <input type="checkbox"/> Tubos en los oídos | <input type="checkbox"/> Corazón           | <input type="checkbox"/> Sinusitis         | <input type="checkbox"/> Cirugía de oídos       |
| <input type="checkbox"/> Ortopédica         | <input type="checkbox"/> Implante metálico | <input type="checkbox"/> Vesícula biliar   | <input type="checkbox"/> Tiroidectomía          |
| <input type="checkbox"/> Cerebral           | <input type="checkbox"/> Apendectomía      | <input type="checkbox"/> Muelas del juicio | <input type="checkbox"/> Ninguna                |

## HISTORIAL MEDICA DE SU FAMILIA:

- |  |                             |                             |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| ¿Alguien en su familia tiene problemas con la anestesia? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Alguien en su familia moretea o sangrar fácilmente?     | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| ¿En su familia alguien tiene perdida de audición?        | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |

## ALERGIAS

### **ENLISTE LOS MEDICAMENTOS QUE LE CAUSAN ALERGIAS:**

_____	_____	_____
_____	_____	_____

## MEDICAMENTOS

### **POR FAVOR ESCRIBA LOS NOMBRES DE SUS MEDICAMENTOS:**

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

## CONSUMO DE TABACO Y ALCOHOL:

¿Fumas o has fumado tabaco?

- Nunca       Ex fumador       Fumador actual al diario       Ocasional

Si es así, ¿Por Cuanto tiempo?

- Ocasional       ½ paquete por día       1 paquete por día       Más de 2 paquetes por día

¿Cuando dejaste de fumar?

- Menos de un año     1-5 años       5-10 años       > Más de 10 años

¿Bebes Cerveza/Vino/Alcohol?

- Nunca       Socialmente       1-2 bebidas al día       >3 bebidas al día

## STATUS DOMESTICO:

Estado Civil:

- Soltero       Casado       Pareja       Viudo       Divorciado

Los miembros de casa:

- Solo       Conyugue       Hijos       Padres       Hermanos

## REVISIÓN DE SISTEMA INMUNE:

**POR FAVOR MARQUE SI HA TENIDO LO SIGUIENTE:**

- |   |  |   |   |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza frecuente  | <input type="checkbox"/> Artritis                    | <input type="checkbox"/> Infección urinaria       | <input type="checkbox"/> Migrañas                   |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis                  | <input type="checkbox"/> Dificultad al orinar        | <input type="checkbox"/> Debilidad brazos/piernas | <input type="checkbox"/> Dificultad de respiración  |
| <input type="checkbox"/> Piedras del riñón          | <input type="checkbox"/> Entumecimiento              | <input type="checkbox"/> Tos con sangre           | <input type="checkbox"/> Ampliación del próstata    |
| <input type="checkbox"/> Ataque o aneurisma         | <input type="checkbox"/> Neumonía                    | <input type="checkbox"/> Sangrado inusual vaginal | <input type="checkbox"/> Cambios en la vista        |
| <input type="checkbox"/> Tuberculosis               | <input type="checkbox"/> Sudor inusual en las noches | <input type="checkbox"/> Mareos                   | <input type="checkbox"/> Sífilis/HIV                |
| <input type="checkbox"/> Sangrado inusual al orinar | <input type="checkbox"/> Vértigo                     | <input type="checkbox"/> Tobillos enconados       | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta      |
| <input type="checkbox"/> Glaucoma                   | <input type="checkbox"/> Ulceras                     | <input type="checkbox"/> Diabetes                 | <input type="checkbox"/> Cataratas                  |
| <input type="checkbox"/> Indigestión agruras recién | <input type="checkbox"/> Problemas de tiroides       | <input type="checkbox"/> Cirugía en los ojos      | <input type="checkbox"/> Indigestión agruras        |
| <input type="checkbox"/> Fiebres o frialdades       | <input type="checkbox"/> Zumbido en los oídos        | <input type="checkbox"/> Sangrado rectal          | <input type="checkbox"/> Perdida de peso inusual    |
| <input type="checkbox"/> Problema de corazón        | <input type="checkbox"/> Constipación o diarrea      | <input type="checkbox"/> Depresión                | <input type="checkbox"/> Angina/dolor pecha         |
| <input type="checkbox"/> Cálculos biliar            | <input type="checkbox"/> Fácil sangrado/moretos      | <input type="checkbox"/> Sufre del ritmo cardiaco | <input type="checkbox"/> Cirugía de vesícula biliar |
| <input type="checkbox"/> Problemas al nacer         | <input type="checkbox"/> Paro cardiaco               | <input type="checkbox"/> Nuevos lunares o cambios | <input type="checkbox"/> Melanoma                   |
| <input type="checkbox"/> Cirugía de corazón         | <input type="checkbox"/> Cambios recientes de piel   | <input type="checkbox"/> Cáncer/leucemia          |   |

Por favor indique otra problemas médicos o cirugías si no ha tenido ningún problema.

Indíquelo: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_