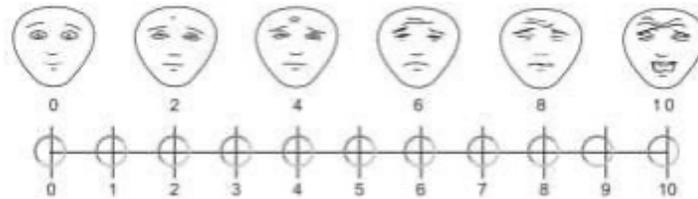


¿Esta visita está relacionada con el dolor?

- No
- Sí, seleccione el número de escala de medición del dolor:



Sin dolor

El peor dolor imaginable

Alergias

- No tengo alergias conocidas

Soy alérgico a:

Reacción

Soy alérgico a:	Reacción

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| Sí | No | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Soy alérgico al látex |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Soy alérgico a la cinta(cinta/pegamento) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Soy alérgico al contraste IV (tinte de rayos X) (tinte de contraste) |

Medicamentos

Gran parte de la información que debe completar a continuación se encuentra en la etiqueta de los frascos de sus medicamentos recetados o puede obtenerse en su farmacia o en el consultorio de su médico. Asegúrese de incluir **TODO tipo de medicamentos, como vitaminas, medicamentos a base de hierbas, suplementos, anticonceptivos, inhaladores y analgésicos.**

- No tomo medicamentos recetados, medicamentos sin receta ni otros medicamentos.

Nombre del medicamento	Dosis	¿Cuándo la toma?
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		

Historial social

Consumo de alcohol: ¿Cuántas veces en el último año ha tenido: Mujer: ¿4 o más tragos en un día? _____ Hombres menores de 65 años: ¿5 o más tragos en un día? ____ Hombres de 65 años y más: ¿4 o más tragos en un día? _____	¿Cuántas veces durante el último año ha consumido una droga ilegal o un medicamento recetado por motivos no médicos? ____
Usted vive con: <input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Hermano(a) <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Esposo(a) <input type="checkbox"/> Otro	En los últimos 30 días, ¿ha consumido tabaco? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, ¿está interesado en dejar de fumar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Número de cigarrillos por día. _____ Número de años _____ ¿Es un ex fumador? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, ¿a qué edad dejó de fumar? _____ Número de cigarrillos por día. _____ Número de años _____

HISTORIAL FAMILIAR

Proporcione el historial de salud de su **FAMILIA** a continuación marcando las casillas de madre y/o padre, y/o especificando otros familiares (abuelo materno o paterno, por ejemplo) en la línea proporcionada. La familia incluye madre, padre, hermanos, hermanas, tía, tío, hijos y abuelos. Se le pedirá que proporcione **su propio historial médico en la página siguiente**.

Madre	Padre	Otro pariente		Madre	Padre	Otro pariente	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Gastrointestinal (GI)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Cáncer de mama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Colitis
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Cáncer de colon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Enfermedad de Crohn
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Pólipo colónico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Sangrado gastrointestinal
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Leucemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Pancreatitis
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Cáncer de pulmón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Reflujo ácido
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Linfoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Colitis ulcerosa
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Melanoma maligno				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Cáncer de ovarios				Riñón
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Cáncer de páncreas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Insuficiencia renal y en diálisis
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Cáncer de piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Enfermedad renal
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Cáncer de tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Cálculos renales
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Cáncer de próstata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Riñón multiquístico
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Cáncer uterino				
			Cardiovascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Neurológico
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Aneurisma aórtico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Enfermedad de Alzheimer
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Trastornos hemorrágicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Retrasos del desarrollo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Coágulos de sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Migrañas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Aneurisma cerebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Convulsiones
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Insuficiencia cardíaca congestiva				Accidente cerebrovascular
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Arteriopatía coronaria				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Trastorno del ritmo cardíaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Orto/Reumatológico
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Colesterol alto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Artritis
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Ataque cardíaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Gota
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Hipertensión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Osteoporosis
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Muerte súbita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Artritis reumatoide
							Trastorno de reumatología
			Endocrino				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Psiquiátrico
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Diabetes mellitus Tipo 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Alcoholismo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Diabetes mellitus Tipo 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Trastorno bipolar
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	La enfermedad de Graves	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Depresión
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Hipotiroidismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Abuso de drogas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Trastorno de tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Esquizofrenia
							Suicidio
			Ojo				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Catarata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Respiratorio
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Alergias
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Degeneración macular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Asma
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Ceguera parcial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	EPOC
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Desprendimiento de retina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Tuberculosis pulmonar
							Apnea del sueño
			Otros no enumerados	<input type="checkbox"/> NINGUNO ES APLICABLE A MI FAMILIA			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____				

HISTORIAL DE SALUD DEL PACIENTE

Complete este formulario lo mejor que pueda marcando cualquier casilla que corresponda e incluyendo el año aproximado de inicio.

Cáncer

- Cáncer de vejiga
- Cáncer de mama
- Cáncer de cuello de útero
- Quimioterapia
- Cáncer de colon
- Pólipo de colon
- Leucemia
- Cáncer de pulmón
- Linfoma
- Cáncer de ovarios
- Cáncer de páncreas
- Cáncer de próstata
- Radioterapia
- Cáncer de piel: melanoma
- Cáncer de piel: otro
- Cáncer de tiroides
- Cáncer uterino

Año de inicio

Cardiovascular

- Anemia
- Aneurisma aórtico
- Fibrilación auricular
- Trastornos hemorrágicos
- Coágulos de sangre/TVP
- Bloqueo de la arteria carótida
- Aneurisma cerebral
- Insuficiencia cardíaca congestiva
- Arteriopatía coronaria
- Trastorno del ritmo cardíaco
- Problema de válvula cardíaca-aórtica
- Problema de válvula cardíaca-mitral
- Hipertensión
- Colesterol alto
- Enfermedad de las arterias periféricas
- Accidente cerebrovascular
- Ataque isquémico transitorio (TIA) (mini infarto)

Endocrino

- Diabetes Tipo 1 Tipo 2
- La enfermedad de Graves
- Hipertiroidismo
- Hipotiroidismo
- Prediabetes/glucemia alterada en ayunas
- Nódulos tiroideos

Ojo/oído

- Ambliopía
- Catarata
- Glaucoma
- Pérdida de la audición
- Degeneración macular
- Estrabismo
- Ceguera parcial

Ginecología

- Historia de Papanicolaou anormal

Gastrointestinal (GI)

- Reflujo ácido/ardor de estómago
- Cirrosis del hígado
- Enfermedad de Crohn
- Sangrado gastrointestinal
- Síndrome del intestino irritable
- Pancreatitis
- Colitis ulcerosa

Año de inicio

Infecciones

- SIDA
- Hepatitis B o C
- VIH
- MRSA (estafilococos resistentes)
- Enfermedad de transmisión sexual

Riñón

- Cálculos renales
- Insuficiencia renal

Neurológico

- Demencia de Alzheimer
- Demencia, no Alzheimer
- Discapacidad de aprendizaje
- Migrañas
- Esclerosis múltiple (EM)
- Parkinson
- Convulsiones

Ortopédico/Reumatológico

- Artritis cadera rodilla
- Gota
- Fractura de cadera estrés
- Lupus
- Osteoporosis
- Artritis reumatoide
- Escoliosis

Otro

- Soriasis
- Alergias estacionales

Psiquiátrico

- Trastorno de ansiedad
- Desorden de déficit de atención
- Trastorno bipolar
- Depresión
- TEPT
- Esquizofrenia

Respiratorio

- Asma
- EPOC
- Tuberculosis pulmonar
- Apnea del sueño

Otros no enumerados

- _____

No tengo **NINGUNO** de los problemas enumerados

HISTORIAL QUIRÚRGICO DEL PACIENTE

Indique, lo mejor que pueda, cualquier procedimiento quirúrgico que tenga marcando cualquier casilla que corresponda. Incluya el año en que ocurrió la cirugía.

Dificultad con la inserción intravenosa. **Sí** **No** (Proveedor para revisar)

<i>General/ Otro</i>	Año		Año
<input type="checkbox"/> Apendectomía	_____	<i>Cardiovascular</i>	
<input type="checkbox"/> Cirugía de vesícula biliar	_____	<input type="checkbox"/> Reparación de aneurisma	_____
<input type="checkbox"/> Cirugía de hemorroides	_____	<input type="checkbox"/> Angioplastia coronaria/stent	_____
<input type="checkbox"/> Extirpación del riñón izquierdo	_____	<input type="checkbox"/> Bypass de arteria coronaria	_____
<input type="checkbox"/> Extirpación del riñón derecho	_____	<input type="checkbox"/> Reemplazo de válvula - Aórtica	_____
<input type="checkbox"/> Mastectomía bilateral	_____	<input type="checkbox"/> Reemplazo de válvula - Mitral	_____
<input type="checkbox"/> Mastectomía izquierda	_____	<input type="checkbox"/> Marcapasos o Desfibrilador	_____
<input type="checkbox"/> Mastectomía derecha	_____		
<input type="checkbox"/> Trasplante de organo	_____	<i>Ortopédico</i>	
<input type="checkbox"/> RTUP de próstata	_____	<input type="checkbox"/> Reparación del túnel carpiano izquierdo	_____
<input type="checkbox"/> Prostatectomía por cáncer	_____	<input type="checkbox"/> Reparación del túnel carpiano derecho	_____
<input type="checkbox"/> Tiroidectomía izquierda	_____	<input type="checkbox"/> Reemplazo de cadera izquierda	_____
<input type="checkbox"/> Tiroidectomía derecha	_____	<input type="checkbox"/> Reemplazo de cadera derecha	_____
<input type="checkbox"/> Amigdalectomía	_____	<input type="checkbox"/> Artroscopia de rodilla izquierda	_____
<input type="checkbox"/> Cirugía de pérdida de peso	_____	<input type="checkbox"/> Artroscopia de rodilla derecha	_____
<i>Ojo/Oído/Nariz/Garganta</i>	_____	<input type="checkbox"/> Reemplazo de rodilla izquierda	_____
<input type="checkbox"/> Extirpación de catarata izquierda	_____	<input type="checkbox"/> Reemplazo de rodilla derecha	_____
<input type="checkbox"/> Extirpación de catarata derecha	_____	<input type="checkbox"/> Reparación del manguito rotador izquierdo	_____
<input type="checkbox"/> Implante coclear izquierdo	_____	<input type="checkbox"/> Reparación del manguito rotador derecho	_____
<input type="checkbox"/> Implante coclear derecho	_____	<input type="checkbox"/> Reparación del ligamento roto izquierdo	_____
<input type="checkbox"/> Cirugía de senos nasales	_____	<input type="checkbox"/> Reparación del ligamento roto derecho	_____
<i>Ginecología</i>		<input type="checkbox"/> Artroscopia de muñeca izquierda	_____
<input type="checkbox"/> "Elevación" o cabestrillo de vejiga	_____	<input type="checkbox"/> Artroscopia de muñeca derecha	_____
<input type="checkbox"/> Biopsia de mama izq./extirpación de quistes	_____	<i>Neurológico</i>	
<input type="checkbox"/> Biopsia de mama der./extirpación de quistes	_____	<input type="checkbox"/> Laminectomía	_____
<input type="checkbox"/> Reconstrucción mamaria izquierda	_____		(cirugía de columna)
<input type="checkbox"/> Reconstrucción mamaria derecha	_____	<i>Otros no enumerados</i>	
<input type="checkbox"/> Cauterio del cuello uterino	_____	<input type="checkbox"/> _____	_____
<input type="checkbox"/> Cesárea	_____	<input type="checkbox"/> _____	_____
<input type="checkbox"/> Histerectomía (extirpación del cuello uterino)	_____		
<input type="checkbox"/> Histerectomía (sin extirpación del cuello uterino)	_____		
<input type="checkbox"/> Extirpación del ovario izquierdo	_____		
<input type="checkbox"/> Extirpación del ovario derecho	_____		
<input type="checkbox"/> Ligadura/esterilización de trompas	_____		
<i>Anestesia (para cirugía)</i>			
<input type="checkbox"/> Complicaciones o reacciones	_____		
(Proveedor para revisar)			

He revisado lo anterior y no me he sometido a NINGUNA de las cirugías enumeradas o agregadas.