

GENERAL SURGERY ASSOCIATES

ANTECEDENTES DE SALUD DEL PACIENTE

Nombre de paciente _____

Fecha de hoy _____

CIRUGÍAS/OPERACIONES

FECHA

1. _____ / _____ / _____ 3. _____ / _____ / _____
 2. _____ / _____ / _____ 3. _____ / _____ / _____

ALERGIAS

¿Tiene alergia a algún medicamento? Sí No

Indique TODOS los medicamentos que toma y la dosis, incluidos los sin receta médica (por ej., vitaminas, suplementos).

Medicamento	Dosis	Medicamento	Dosis
1. _____	_____	5. _____	_____
2. _____	_____	6. _____	_____
3. _____	_____	7. _____	_____

¿Toma aspirina, Advil, ibuprofeno, Aleve o Naprosyn regularmente? Sí NO

¿Fuma (cigarrillos, habanos, marihuana)? Sí NO Cantidad por día
 Fecha de inicio _____ Dejó de hacerlo _____

¿Tiene parientes consanguíneos que hayan tenido lo siguiente? ENCIERRE EN UN CÍRCULO:
 CÁNCER ATAQUE CARDÍACO DIABETES DERRAME CEREBRAL TUBERCULOSIS HIPERTENSIÓN ARTERIAL

ANTECEDENTES PERSONAL ENCIERRE EN UN CÍRCULO

ANEMIA CÁNCER TUBERCULOSIS HIPERTENSIÓN ARTERIAL DIABETES NEUMONÍA

ENFERMEDADES DEL CORAZÓN LA VESICULA BILIAR ICTERICIA HEPATITIS O HIV

Colitis u otras enfermedades intestinales HEMORROIDES o cualquier otra enfermedad RECTAL

NEFRITIS(ENFERMEDAD RENAL) VEJIGA ENFERMEDAD poliomielitis o MENINGITIS

Los huesos o las articulaciones Cualquier otra enfermedad

REVISIÓN DE LOS SÍNTOMAS. Indique cualquier antecedente personal a continuación. ENCIERRE EN UN CÍRCULO.

OJOS

Enfermedad o lesión en los ojos

Usa anteojos o lentes de contacto

Visión borrosa o doble

CARDIOVASCULARES

Problemas al corazón

Dolor en el pecho o angina de pecho

Palpitaciones

Dificultad para respirar

Silbidos al respirar

APARATO GENITOURINARIO

Micción frecuente

Ardor o dolor al orinar

Sangre en la orina

Incontinencia o goteo

Cálculos renales

PSIQUIATRÍA

Problemas de memoria o confusión

Nerviosismo

Depresión

Insomnio

OSTEOMUSCULAR

Dolor en las articulaciones

Rigidez o hinchazón en las articulaciones

Debilidad o calambres musculares

Dolor de espalda

PIEL

Sarpullido o picazón

Cambio en el color de la piel

Cambio en el cabello o las uñas

Heridas o lesiones que no sanan

Cambios o aumento de tamaño de los lunares

ENDOCRINOS

Problema glandular u hormonal

Sed excesiva o bien, orina con frecuencia

Intolerancia al calor o al frío

Piel seca

Cambio en el tamaño del gorro o guante.

HEMATOLÓGICO O LINFÁTICO

Cicatrización lenta de cortes

Tendencia al sangrado o moretones

Anemia

Transfusión de sangre en el pasado

Aumento de tamaño de las glándula

OÍDOS, NARIZ, BOCA Y GARGANTA

Pérdida auditiva o ruido en los oídos

Dolor o secreción en los oídos

Problemas de sinusitis crónica o

rinitis

Sangrados nasales

Llagas en la boca

Sangrado de encías

Dolor de garganta o cambio en la voz

Glándulas inflamadas en el cuello

SÍNTOMAS GENERALES

Buena salud en general

Cambio de peso reciente

