

GENERAL SURGERY ASSOCIATES

ANTECEDENTES DE SALUD DEL PACIENTE

Nombre de paciente _____

Fecha de hoy _____

CIRUGÍAS/OPERACIONES

FECHA

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

<u>Medicamento</u>	<u>Dosis</u>	<u>Medicamento</u>	<u>Dosis</u>
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 MENINGITITS
 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

