

Nombre del paciente: _____

HISTORIA QUIRÚRGICA - Enumere cualquier lesión grave o procedimiento quirúrgico, y el año aproximado.							
Procedimiento		Año	Procedimiento		Año	Procedimiento	
<input type="checkbox"/>	Apendicectomía		<input type="checkbox"/>	Cirugía del corazón (tipo):		<input type="checkbox"/>	Marcapasos
<input type="checkbox"/>	Aneurisma					<input type="checkbox"/>	Próstata
<input type="checkbox"/>	Vejiga					<input type="checkbox"/>	Cirugía de reflujo
<input type="checkbox"/>	Cirugía del intestino		<input type="checkbox"/>	Cirugía de		<input type="checkbox"/>	Cirugía de la piel
<input type="checkbox"/>	Cerebro		<input type="checkbox"/>	Cirugía de hernia		<input type="checkbox"/>	Cirugía de la columna vertebral
<input type="checkbox"/>	Senos		<input type="checkbox"/>	Histerectomía		<input type="checkbox"/>	Colocación de stent
<input type="checkbox"/>	Injerto de bypass de la		<input type="checkbox"/>	Reemplazo de		<input type="checkbox"/>	Esterilización; tipo
<input type="checkbox"/>	Carótida					<input type="checkbox"/>	Testículos
<input type="checkbox"/>	Túnel carpiano					<input type="checkbox"/>	Tiroidectomía
<input type="checkbox"/>	Colonoscopia		<input type="checkbox"/>	Riñón		<input type="checkbox"/>	Amigdalectomía
<input type="checkbox"/>	Cirugía estética		<input type="checkbox"/>	Biopsia del hígado		<input type="checkbox"/>	Cirugía de trasplante
<input type="checkbox"/>	Cesárea		<input type="checkbox"/>	Cirugía del hígado		<input type="checkbox"/>	Endoscopia superior (Esofagogastroduodenoscopia)
<input type="checkbox"/>	Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica		<input type="checkbox"/>	Cirugía pulmonar		<input type="checkbox"/>	Reemplazo de válvula
<input type="checkbox"/>	Cirugía ocular		<input type="checkbox"/>	Cirugía ortopédica:		<input type="checkbox"/>	Venas varicosas
<input type="checkbox"/>	Cirugía de la vesícula biliar					<input type="checkbox"/>	Otro
<input type="checkbox"/>	Cirugía gástrica					<input type="checkbox"/>	Otro

HOSPITALIZACIONES - No quirúrgicas, indique la razón

Fecha _____ Razón: _____
 Fecha _____ Razón: _____
 Fecha _____ Razón: _____
 Fecha _____ Razón: _____

HISTORIAL MÉDICO FAMILIAR

<input type="checkbox"/> Adoptado	Madre	Padre	Hermano/a:	Hermano/a:	Hermano/a:	Hijo/a	Hijo/a
Vivo	<input type="checkbox"/>						
Fallecido	<input type="checkbox"/>						
Edad al fallecimiento:							
Esófago de Barrett	<input type="checkbox"/>						
Pólipos de colon	<input type="checkbox"/>						
Enfermedad inflamatoria	<input type="checkbox"/>						
Diabetes	<input type="checkbox"/>						
Enfermedad del corazón	<input type="checkbox"/>						
Colesterol alto	<input type="checkbox"/>						
Hipertensión	<input type="checkbox"/>						
Enfermedad hepática	<input type="checkbox"/>						
Trastorno mental	<input type="checkbox"/>						
Accidente cerebrovascular	<input type="checkbox"/>						
Otro	<input type="checkbox"/>						
Cáncer:	<input type="checkbox"/>						
Senos	<input type="checkbox"/>						
Esófago	<input type="checkbox"/>						
Pulmón	<input type="checkbox"/>						
Uterino, vejiga, uréter	<input type="checkbox"/>						
Páncreas	<input type="checkbox"/>						
Próstata	<input type="checkbox"/>						
Estómago	<input type="checkbox"/>						
Otro	<input type="checkbox"/>						

Nombre del paciente: _____

Uso de caféina/tabaco/drogas/alcohol	¿Usa actualmente productos de tabaco? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Por cuánto tiempo? _____			
	<input type="checkbox"/> Cigarrillos	paquetes por día	<input type="checkbox"/> Cigarro/Pipa	cantidad por día	<input type="checkbox"/> Tabaco de mascar	cantidad por día
	¿Alguna vez ha tratado de dejarlo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
	¿Ha usado anteriormente productos de tabaco? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Por cuánto tiempo?			
	<input type="checkbox"/> Cigarrillos	<input type="checkbox"/> Cigarro/Pipa	<input type="checkbox"/> Tabaco de mascar	¿Cuándo lo dejó?		
	Uso de alcohol: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
	Cerveza:	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Semanalmente	<input type="checkbox"/> Diariamente	<input type="checkbox"/> Nunca	
	Vino:	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Semanalmente	<input type="checkbox"/> Diariamente	<input type="checkbox"/> Nunca	
	Licor:	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Semanalmente	<input type="checkbox"/> Diariamente	<input type="checkbox"/> Nunca	
	¿Consume bebidas que contienen cafeína? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
	Si la respuesta es sí, ¿cuántas bebidas consume al día? _____					
	Uso de drogas:		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tipo _____	Último uso _____	
¿Alguna vez ha sido tratado por adicción? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						

Personal	Educación				
	¿Cuántos hijos tiene?		¿Cuántos hijos hay en casa?		
	¿Tipo de ejercicio? _____		<input type="checkbox"/> Diariamente	<input type="checkbox"/> Semanalmente	<input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/>
	Vive con				
	Ocupación		<input type="checkbox"/> A tiempo completo <input type="checkbox"/> A tiempo parcial		
	Preferencia religiosa				

Vacunas	Última vacuna contra la gripe	Fecha
	Última neumonía (marque con un círculo: Vacuna(s) Prevar 13 y/o Pneumovax 23)	Fecha
	Última vacuna contra la culebrilla (Zostavax)	Fecha
	Última vacuna contra el tétanos (marque con un círculo: Tdap o Td)	Fecha
	Vacuna contra la hepatitis B, ¿completó la serie? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fechas:

Exámenes de detección	Último examen de detección del cáncer de mama (mamografía)	Fecha
	Último examen de detección de aneurisma aórtico abdominal (AAA)	Fecha
	Último examen de detección del cáncer de pulmón	Fecha
	Último examen de densidad ósea (DEXA)	Fecha
	Último examen de detección del cáncer de próstata (PSA)	Fecha

Pruebas	Pruebas de diagnóstico - Enumere cualquier prueba de imagen que haya tenido relacionada con los problemas actuales					
		Ultrasonido	Exploración por TAC	Resonancia magnética	Laboratorio	Otro
	Fecha					
	Dónde					
Especialistas	Enumere todos los médicos que ve actualmente					
	Nombre	Especialidad	Dirección		Teléfono	