

HISTORIAL MEDICO

Nombre: (Apellido) _____ (Primer) _____ (Segundo) _____

1. Problemas Medicos:

Tiene:

Presión Alta: No Si No se

Diabetes: No Si No se

Por favor incluya todos los problemas médicos que usted tiene o pueda tener: _____

2. Síntomas:

Usted sufre de:

Dolor en el pecho: No Si

Fiebre: No Si

Dificultad para respirar: No Si

Escalofríos: No Si

Problemas Gastrointestinales ó Urológicos: No Si

Herida abierta: No Si

Pérdida de peso (no intencionada): No Si

Dren de su herida: No Si

Por favor incluya cualquier otro sintoma que pueda tener que no esta enumerada: _____

3. Por favor incluya todas las cirugias que usted ha tenido: _____

Tuvo algun problema o complicación con la Anestesia? No Si

4. Ultima vacuna contra el tetano: Hace Menos de 5 años Mas de 5 años

5. Medicamentos:

Esta tomando medicamentos que adelgazan la sangre? No Si

Por favor incluya todos los medicamentos que esta tomando:

Tiene alergias a algun medicamento? No Si No se

Si sí, porfavor incluya los detalles: _____

6. Fuma? No Si Cuantos años? _____ Cantidad? _____

7. Toma alcohol? No Si Cantidad? _____

8. Existe algun historial familiar de complicaciones con la anestesia ? No Si

9. Por favor incluya cualquier problema medico que exista en su familia: _____
