

Fecha de Procedimiento:	Apellido:	Nombre:	Fecha de Nacimiento:
--------------------------------	------------------	----------------	-----------------------------

Procedimiento:	Nombre del Cirujano:		
-----------------------	-----------------------------	--	--

PEDIATRICOS: Toma Biberon utiliza Tacita Vacunas Estan Actuales?

ALLERGIES: <input type="checkbox"/> Pagina Adjunta <input type="checkbox"/> Latex <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Medicamentos O Comidas Listados Abajo:		Medicamentos: <input type="checkbox"/> Pagina Adjunta <input type="checkbox"/> Ninguno		
		Nombre Y Dosis	Frecuencia	Ultima Tomado
Nombre	Reaccion			

Problemas Con Anestesia: <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Nusea/Vomitos <input type="checkbox"/> Fiebre <input type="checkbox"/> Historia Familiar <hr/> <input type="checkbox"/> Otro	Cirugias Previas/Anestesia: ____ Ninguno

Historia Medico Del Paciente (Circule Las Que Apliquen):

Diabetes Insuficiencia Renal Dialisi Reflujo Cancer Hepatitis Problemas de: Higado Intestinal Urinarios Thyroid Enfermedad	HIV/SIDA Autismo Migranas Condicion Psiquiatrica Neuropatia Demensia Alzheimers Retraso De Desarrollo Lesion Cerebral Ataque Isquemico Transitorio	Ataque De Panico Ansiedad Convulsiones <i>Tipo: _____</i> <i>Fecha de ultima: _____</i> Mareo Artritis Fibromialgia Osteoporosis Soplo Cardiaco Hipertencion Embolia	Transtornos de Sangrado Latido Irregular <i>TYPE: _____</i> Infarto <i>Fecha/S: _____</i> Marcapasos Desfibrilador Problemas de Valvula Cardiaca Insuficiencia Cardiaca Congestiva	Enfermedad de Arteria Coronaria Moldura de Corazon <i>Tipo: _____</i> <i>FechaColocan: _____</i> Dolor de Pecho Durante Descanso <i>Frecuencia: _____</i> Dolor de Pecho Con Actividad <i>Frecuencia: _____</i>
--	--	---	--	---

Enfermedad Pulmonar Cronica Oxigeno en Casa _____ L/hr TUBERCULOSIS (TB) Fecha de Tratamiento: _____	Alergias Ambientales Asma Falta de Aliento con Actividad/Descanso Apnea del Sueno	Dentadura Postiza Retenedor Dental Lentes Contactos/Gafas Dispositivos de Audicion Implante Metalico Tipo: _____ Lugar: _____	Uso De Tabaco: Fumador Actual _____ Cajetilla P/Dia _____ Anos Mastica Tabaco _____ Anos EX-Fumador Fecha Ultima _____	Abuso De Drogas: Tipo: _____ Fecha Ultima Utilizada _____ ALCOHOL : Diariamnete Poco Frecuente Ocasionalmente
---	---	---	---	--

Por favor incluya cualquier condicion no enlistada arriba, asi como la fecha que inicio y estado actual:

Nombre de la persona responsable que lo transportara a casa el dia de su cirugia:

Solo Para Mujeres:

Existe la posibilidad de ques estuviera embarazada : Si NO

Fecha de su ultima menstruacion : _____

Usted empezo su menopausia? YES Fecha de inicio: _____ NO

Firma Del Paciente _____

Firma Representante De paciente _____

Fecha _____

Firma Enfermera _____

Fecha _____

