

PATIENT INFORMATION SUMMARY

Resumen Historial Médico del Paciente (3 DE 4 PÁGINAS)

NAME: _____ DATE OF BIRTH: _____ GENDER: _____ BLOOD TYPE: _____
Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: _____ Tipo de Sangre: _____

MEDICAL HISTORY | Historial Médico (Continuada)

Marque la cajilla si padece de alguna de estas condiciones médicas:

- | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ENDOCRINE PROBLEMS
Problema Endocrinal | <input type="checkbox"/> GASTROINTESTINAL PROBLEMS
Condiciones Gastrointestinales |
| <input type="checkbox"/> ENDOCRINE PROBLEMS
Intolerancia a lo frío o caliente | <input type="checkbox"/> LOSS OF APPETITE
Pérdida de apetito
Explique: _____ |
| <input type="checkbox"/> Tiroides | <input type="checkbox"/> CHANGE IN BOWEL MOVEMENTS
Defecación irregular
Explique: _____ |
| <input type="checkbox"/> NECK IRRADIATION HISTORY
Previa Irradiación de Cuello | <input type="checkbox"/> NAUSEA OR VOMITING
Nausea o vómito
Explique: _____ |
| <input type="checkbox"/> NEUROLOGICAL CONDITION
Condición Neurológica | <input type="checkbox"/> FREQUENT DIARRHEA
Diarrea Frecuente |
| <input type="checkbox"/> HAD A STROKE OR TIA ("MINI-STROKE")
Infarto cerebral | <input type="checkbox"/> CONSTIPATION
Estreñimiento
Explique: _____ |
| <input type="checkbox"/> SEIZURE DISORDER OR EPILEPSY
Ataques convulsivos o epilepsia | <input type="checkbox"/> RECTAL BLEEDING OR BLOOD IN STOOL
Sangramiento rectal
Explique: _____ |
| <input type="checkbox"/> HEADACHES
Dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> ABDOMINAL PAIN
Dolores abdominales
Explique: _____ |
| <input type="checkbox"/> OTHER NEUROLOGICAL CONDITIONS
Otras condiciones neurológicas:
_____ | <input type="checkbox"/> STOMACH ULCERS (PEPTIC ULCER DISEASE)
Úlceras estomacales (úlceras pépticas)
Explique: _____ |
| <input type="checkbox"/> RHEUMATOID ARTHRITIS
Artritis Reumatoide | <input type="checkbox"/> Reflujo gastroesofagal recurrente o acidez estomacal
Explique: _____ |
| <input type="checkbox"/> SYMPTOMS AFFECTING YOUR NECK
Síntomas que afectan a su cuello | <input type="checkbox"/> CANCER
Cáncer |
| <input type="checkbox"/> BLOOD DISORDER
Condiciones Sanguíneas | <input type="checkbox"/> TYPE
Tipo: _____ |
| <input type="checkbox"/> ANEMIA (LOW BLOOD COUNT)
Recuento bajo de glóbulos blancos | <input type="checkbox"/> CHEMOTHERAPY
Quimioterapia
Fecha: _____ |
| <input type="checkbox"/> SICKLE CELL DISEASE
Enfermedad de células falciformes | <input type="checkbox"/> RADIATION THERAPY
Terapia de radiación
Fecha: _____ |
| <input type="checkbox"/> ABNORMAL BLEEDING/BRUISING
Sangriento abnormal / contusiones | <input type="checkbox"/> METAL IMPLANTS OR DEVICES
Implantes Médicos de Metal
Explique: _____ |
| <input type="checkbox"/> PAST BLOOD TRANSFUSION
Transfusión de sangre
Fecha: _____ | |
| <input type="checkbox"/> OTHER BLOOD DISORDERS
Otras condiciones sanguíneas
_____ | |

PATIENT INFORMATION SUMMARY

Resumen Historial Médico del Paciente (4 DE 4 PÁGINAS)

NAME: _____ DATE OF BIRTH: _____ GENDER: _____ BLOOD TYPE: _____
Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: _____ Tipo de Sangre: _____

SURGICAL HISTORY | Operaciones Médicas

HAVE YOU EVER HAD SURGERY?

Ha tenido alguna operación médica? Sí No

Si la respuesta es "sí" por favor provea detalles:

Tipo: _____ Fecha: _____

Tipo: _____ Fecha: _____

Tipo: _____ Fecha: _____

RECENT HOSPITALIZATION

Estadía en un hospital recientemente: _____

PROBLEMS WITH NAUSEA/VOMITING AFTER ANESTHESIA
Problemas de náuseas/vomito al recibir anestesia

PROBLEMS WITH DIFFICULT BREATHING TUBE INSERTION
Dificultad al respirar con un tubo respiratorio

PROBLEMS WITH AWARENESS UNDER ANESTHESIA
Dificultad al estar bajo anestesia

FAMILY HISTORY OF MALIGNANT HYPERTHERMIA
Historial familiar de hipertermia maligna

FAMILY HISTORY OF MAJOR ANESTHESIA PROBLEMS
Historial familiar con problemas de anestesia.
Por favor indique el tipo de cirugía, fecha de lo ocurrido y el nombre del hospital:

PSYCHIATRIC HISTORY | Historial Psiquiátrico

ANXIETY
Ansiedad

MEMORY CHANGE
Problemas de memoria

DEPRESSION
Depresión

SUICIDAL IDEATION
Pensamientos de suicidio

MOOD SWINGS
Cambios temperamentales

HOMICIDAL IDEATION
Pensamientos de homicidio

SLEEP DISTURBANCES
Problemas al dormir

HALLUCINATIONS
Alucinaciones

OTHER
Otra condición psiquiátrica:

Explique:

ALERGIAS

Tiene alguna reacción alérgica a alguna medicina? Sí No

Si la respuesta es "sí" por favor provea detalles:

Tiene alergia al látex? Sí No

Tiene alguna alergia alimentaria? Sí No

Si la respuesta es "sí" por favor provea detalles:

SOLAMENTE APLICABLE A MUJERES

Está actualmente embarazada? Sí No

Está intentando quedar embarazada? Sí No

Está usted lactando? Sí No

Tiene o a sufrido de depresión postparto? Sí No

Está actualmente tomando un anticonceptivo? Sí No

Esta o a sobrepasado la menopausia? Sí No