



**Ear, Nose, & Throat Surgery
Center**

**Exámenes Médicos/Historia
Página 1**

Patient Label

Por favor tome unos minutos y llene este formulario. Esta información nos ayudará para proporcionar una atención quirúrgica eficaz y segura a usted y su familiar.

Informacion De Paciente		
Nombre:	Fecha De Nacimiento:	Edad:
	Estado Civil:	Género:
Peso:	Ht: __ (Ft) _____)Pulgados)	
Fecha Del Plan De Cirujía:	Cirujano:	

Historia Personal: (En caso afirmativo, describa el tipo y la cantidad utilizada)
El consume de tabaco: Si___ No___ Describe:
Uso de alcohol: Si___ No___ Describe:
Drogas recreativas: Si___ No___ Describe:
Tienes un doctor familiar: Si___ No___ Nombre del doctor:
Cuándo fue la última vez que viste a tu médico? Fecha: Razon:

Historial Médico: (Si la respuesta es si a la prueba para esta cirugía, indique dónde se realice por favor)
Medicamentos actuales: Por favor enumere:
Alergias:
Ha tenido alguna de las siguientes pruebas para esta cirugía?
Radiografía de pecho: No___ Si___ Donde?
MRI/CT: No___ Si___ Donde?
Prueba de sangre: No___ Si___ Donde?
Mamograma: No___ Si___ Donde?
EKG: No___ Si___ Donde?
Por favor liste cirujías pasadas:

Historia Pasada:

Alguna vez usted o algún familiar de sangre tuvo el siguiente:

Problemas con las anestesia: No_____ Si_____ Explique:

Diagnosticada con hipertermia maligna: No_____ Si_____

Sido diagnosticado con Pseudocolinesterase: No _____ Si_____

Pariente de sangre tuvo problemas con la anestesia: No _____ Si_____ Explique:

Tiene hijos? No _____ Si_____ Cuantos?_____ Nacimiento natural #_____ C-section #_____

Gracias por su paciencia con estas preguntas. Sabemos que es difícil o medio confuso. También sabemos que estas preguntas pueden hacerselas otra vez para su propia seguridad. En el día de la cirugía por favor espere que se le pregunte varias veces su nombre, fecha de nacimiento y tipo de cirugía que usted planea tener y a confirmar el lado derecho o izquierdo de su cirugía. Nuevamente su seguridad es lo mas importante para nosotros.



**Ear, Nose, & Throat Surgery
Center**

**Exámenes Médicos/Historia
Página 2**

Patient Label

Por favor completa y trae con usted el día de cirugía, la enfermera la llamarle antes de su cirugía para preguntarle estas preguntas.

Historia de:	Si	No	Explica	History	Si	No	Explica
Alto/bajo Presión sanguínea				Alfileres y implantes de metal			
Dificultad para respirar/Dolores en el pecho				Alfiler y agujas sensación			
Tienes un marcapasos?				Entumecimiento/ estremecimiento			
Ataque al corazón				Debilidad en las extremidades			
Carrera/TIA				Hernia			
Desmayo/Mareo				Reemplazos articulares			
Coágulo de sangre/ Embolia				Osteoporosis			
Neumonía				Heridas en la cabeza			
Asma/Bronquitis Enfisema				Lesión del cuello/Cirugía			
Fibre reumática				Lesión en el hombro/ Cirugía			
Diabetes				Lesiones en el codo o en la mano/ Cirugía			
Hipoglucemia				Lesión de espalda/ Cirugía			
Tiroides/Disfunción/ Coto				Lesión en la rodilla/ Cirugía			
El paciente complete esta encuesta?				Pierna/Tobillo/Herida de pie/ Cirugía			
Epilepsia/ incautación				Dolores de cabeza severos o frecuentes			
Hepatitis/Ictericia				Suelto, Falso, Dientes tapados			
Trastorno gástrico				Lentes de contacto			
Sangrando/ Problemas con moretones				Audífono			

Anemia				Dificultades para dormir			
Enfermedad de célula falciforme				Emocional/Dificultades psicológicas			
Cáncer quimioterapia o Radiación				Dificultad para el intestino o la vejiga			
Artritis/ Articulaciones inflamadas				Pérdida de peso/Aumento de peso			
Venas Varicosas				Estas embarazada			
				Fecha del último periodo (solo mujeres)			