

**POR FAVOR COMPLETE CON LETRA DE IMPRENTA**

C.I.: \_\_\_\_\_

Apellidos y Nombres del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Edad: \_\_\_ años. Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_ Ciudad de residencia: \_\_\_\_\_ Teléfono fijo: \_\_\_\_\_

Nombre del cirujano: \_\_\_\_\_ Fecha tentativa: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Tel. celular: \_\_\_\_\_

Intervención a la que se va a someter: \_\_\_\_\_

Va a ser intervenido en Ambulatorio Medis? (Si / No): \_\_\_\_\_. Otro centro: \_\_\_\_\_

Cubierto por empresa aseguradora (Si / No): \_\_\_\_\_. Nombre de aseguradora: \_\_\_\_\_

**<<SI USTED ES FUMADOR O ASMATICO SE RECOMIENDA REALIZAR ESPIROMETRÍA PREOPERATORIA>>**

Email/Facebook: \_\_\_\_\_

**Antecedentes personales y familiares de importancia:**

**(Por favor marque las opciones que sean positivas y complete la información pertinente)**

**Enfermedades que padece o padeció:**

- Hipertensión arterial:**  
Diagnosticada hace \_\_\_\_ años.  
Tratamiento con: \_\_\_\_\_
- Diabetes mellitus:**  
Diagnosticada hace \_\_\_\_ años.  
Tratamiento con: \_\_\_\_\_
- Dislipidemias (aumento de colesterol y/o triglicéridos):**  
Diagnosticada hace \_\_\_\_ años.  
Tratamiento con: \_\_\_\_\_
- Arritmias cardíacas:**  
Diagnosticadas hace \_\_\_\_ años.  
Tratamiento con: \_\_\_\_\_
- Infarto miocárdico /  Angina de pecho:**  
Diagnosticada hace \_\_\_\_ años.  
Tratamiento con: \_\_\_\_\_
- Úlcera gástrica / Duodenal /  Gastritis:**  
Diagnosticada hace \_\_\_\_ años.  
Tratamiento con: \_\_\_\_\_
- Asma bronquial:**  
Diagnosticada hace \_\_\_\_ años.  
Tratamiento con: \_\_\_\_\_
- Enfermedades tiroideas:**  
Diagnosticada hace \_\_\_\_ años.  
Tratamiento con: \_\_\_\_\_
- Otras:** \_\_\_\_\_

**Operaciones a que se ha sometido:**

- \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_

**Tiene ALERGIA A:**

- Penicilina
- Aspirina
- Yodo
- Otros: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

**Por favor detalle TODOS los medicamentos, vitaminas, etc. que esté tomando actualmente:**

- \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_

**Antecedentes familiares:**

- Padre:** Vivo: \_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_ a.  
Padece/padeció de:  Hipertensión  
 Diabetes /  ACV /  Infarto  
Otros: \_\_\_\_\_
- Madre:** Viva: \_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_ a.  
Padece/padeció de:  Hipertensión  
 Diabetes /  ACV /  Infarto  
Otros: \_\_\_\_\_
- Hermanos:** \_\_\_\_ Sanos: \_\_\_\_  
Padece/padeció de:  Hipertensión  
 Diabetes /  ACV /  Infarto  
Otros: \_\_\_\_\_
- Hijos:** \_\_\_\_ Sanos: \_\_\_\_  
Padece de: \_\_\_\_\_

**Hábitos psicobiológicos:**

- Cigarrillo:** \_\_\_\_ cajas diarias  
Fuma desde los: \_\_\_\_ años.
- Alcohol:** \_\_\_\_ tragos diarios  
Frecuencia: \_\_\_\_\_
- Deportes:** \_\_\_\_\_  
Frecuencia: \_\_\_\_\_
- Intestinal:**  Normal /  Estreñido  
Frecuencia: \_\_\_\_\_
- Menstruaciones cada:** \_\_\_\_ días.  
Duración: \_\_\_\_ días.

Nota: Si necesita más espacio, por favor escriba al final de la hoja o en la parte de atrás

**Presencia de síntomas cardiovasculares, pulmonares y de otros aparatos y sistemas:**

- Palpitaciones / taquicardia:**  
Frecuencia:  Diaria /  Semanal /  Eventual  
Condicionantes: \_\_\_\_\_
- Disnea (dificultad para respirar):**  
 En reposo  A pequeños esfuerzos  
 A moderados esfuerzos  
 A grandes esfuerzos  
 Calma con: \_\_\_\_\_  
 Empeora con: \_\_\_\_\_
- Arritmias:**  
Frecuencia:  Diaria /  Semanal /  Eventual  
Condicionantes: \_\_\_\_\_
- Opresión o dolor torácico:**  
 Diario /  Semanal /  Eventual  
Condicionantes: \_\_\_\_\_  
 En reposo  A pequeños esfuerzos  
 A moderados esfuerzos  
 A grandes esfuerzos  
 Calma con: \_\_\_\_\_  
 Empeora con: \_\_\_\_\_
- Dolor en las pantorrillas con ejercicio:**  
 Diaria /  Semanal /  Eventual  
Condicionantes: \_\_\_\_\_
- Tos:**  
 Diaria /  Semanal /  Eventual  
Condicionantes: \_\_\_\_\_
- Expectoración con la tos:**  
 Diaria /  Semanal /  Eventual  
Características: \_\_\_\_\_
- Acidez /  Dolor en el estómago :**  
 Diaria /  Semanal /  Eventual  
Características: \_\_\_\_\_
- Edema o hinchazón en las piernas :**  
 Diario /  Semanal /  Eventual  
Características: \_\_\_\_\_