



MEDICAL CENTER

Expert care with a personal touch

HISTORIAL DE PRUEBAS DE PREADMISIÓN

Para ser completado por el paciente

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Teléfono: Celular: _____ Trabajo: _____ Correo electrónico: _____

Nombre de su cirujano: _____ Motivo de la cirugía: _____

Persona responsable de usted el día de la cirugía: _____ Teléfono: _____

ESTA PERSONA ME TRANSPORTARÁ A CASA DESPUÉS DE LA CIRUGÍA - inicial aquí: _____

Mi poder de atención médica: _____; No tengo una: _____ iniciales

General: Mi peso: _____ Mi altura: _____ pies _____ pulgadas

Mi reciente viaje al extranjero (<1 año) (y cuándo): _____

Medicamentos que no puedo tomar y por qué: _____

El nombre y número de mi farmacia: _____

Soy alérgico al látex: No/Sí Otras cosas que no tolero: _____

Dispositivos de salud que utilizo (círculo): Bordón / Gafas / Lentes de Contacto / Audífonos / Dentaduras

Es posible que pueda estar embarazada: No/Sí si es aplicable

Tengo miedo de mi cirugía por las siguientes razones: _____

Mis problemas médicos: _____

Mis médicos: _____

Problemas de salud/médicos que tengo (marque con un círculo si la respuesta es sí): **explique**

Sistema neurológico / nervioso (dolores de cabeza, convulsiones, accidentes cerebrovasculares):

Respiratorio / Pulmones (asma, enfisema, uso de oxígeno):

Hígado (hepatitis, cirrosis):

Diabetes (describa alguna insulina o tratamiento):

Tiroides:

Páncreas (pancreatitis):

Psiquiatría (Depresión, problemas de drogas):

Corazón o circulación vascular (presión arterial alta, ataque al corazón):

¿Tiene un cardiólogo? _____

Estómago o colon (acidez estomacal, úlceras):

Riñón:

Los genitales o la micción:

Piel (erupciones, llagas):

Músculos o articulaciones (artritis reumatoide, amputaciones):

Otros (por favor explique):

Mis cirugías previas: _____

_____ Inicial aquí si no hay cirugía previa _____

Mis problemas con las cirugías (por ejemplo, dolor, vómitos): _____

Mis problemas con la anestesia: _____

¿Le han diagnosticado a usted o un miembro de su familia una hipertermia maligna? Sí/No

Mis transfusiones de sangre anteriores (fecha): _____ Inicie aquí si no ha tenido transfusiones:

Mis problemas con las transfusiones de sangre: _____

¿Toma anticoagulantes? _____

Vacunas: Influenza - _____ (última fecha dada) Tétanos _____ (última fecha dada)

Neumonía: _____ (última fecha dada) Hepatitis B _____ (última fecha dada)

Varicela / Varicela - _____ (fecha dada) Otro - _____

Tengo apnea del sueño: Sí/No uso CPAP u otro dispositivo: Sí/No, traeré mi máquina Sí/No

_____ Ronco fuerte _____ Me siento cansado durante el día

_____ Alguien me ha visto dejar de respirar _____ Tengo presión arterial alta

_____ Tengo sobrepeso _____ es el tamaño de mi cuello

_____ Quiero que alguien me hable sobre esto y cómo puede afectar mi cirugía

Todavía fumo tabaco: No/Sí ¿Cuánto? _____ Último uso: _____

Yo uso cafeína: No/Sí ¿Cuánto? _____ Último uso: _____

Uso cannabis o marihuana: No/Sí ¿Cuánto? _____ Último uso: _____

Bebo alcohol: No/Sí cuánto? _____ Último uso: _____

He usado una droga ilegal en el último año: No/Sí ¿Cuál? _____

Uso vitaminas, suplementos u otros medicamentos: _____

Historia Familiar: Madre _____ Padre _____

Persona que llena esta forma

Relación con el paciente

Fecha de hoy