

Nombre del paciente: _____ Fecha Nac.: _____ Edad: _____

2. ¿Ha tomado usted warfarina, Coumadin, aspirina, Plavix, anticoagulantes, Advil, ibuprofeno, Celebrex, vitamina E o píldoras para hacer dieta durante las últimas 2 semanas?

Sí No ¿Cuándo tomó la última dosis? _____

3. Enumere todas las alergias a alimentos, medicamentos y otras sustancias (goma de látex, mariscos, Lodine, cinta adhesiva, elásticos, sensibilidad al látex: guantes de goma y globos de látex) (Por favor indique qué tipo de reacción experimenta usted después de la exposición al alérgeno? (por ej., erupción)

No tengo ninguna alergia conocida

4. Dolor durante las últimas 24 horas

Sí No

Ubicación del dolor _____ En una escala de 1 a 10, ¿cómo calificaría su dolor promedio? _____

Qué empeora el dolor _____

Qué alivia el dolor _____

¿Es el dolor crónico o persistente? _____

¿El dolor aparece y desaparece? _____

5. ¿Tiene algún implante?

Sí No

Implantes/articulaciones artificiales		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Marcapasos	Último control _____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Desfibrilador – AICD	Último control _____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Stent cardíaco		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Stent vascular		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Bomba de medicación		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Estimulador – nervio, diafragma, cerebro...		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Filtros de vena cava modalidad “nido de pájaro”/inferior		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Lentes intraoculares		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

6. ¿Ha tenido algún tipo de trasplante de órgano?

Sí No

Corazón		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Pulmón		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Riñón		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Páncreas		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

7. Otras condiciones médicas:

Cataratas	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Pérdida de la audición	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Pérdida de la visión o ceguera	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Glaucoma	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Audífonos	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Lentes	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Lentes de contacto	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Puente dental	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Dentaduras postizas	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Flojedad de dientes	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Dientes con carillas/coronas	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Retenedor dental	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Implantes dentales	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Piercing en la lengua o el cuerpo	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Tiene alguna afección de la piel?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

Nombre del paciente: _____ Fecha Nac.: _____ Edad: _____

8. Vacunaciones

Gripe: en el último año Neumonía: en los últimos 5 años Tétanos: en los últimos 10 años

9. ¿Alguna vez tuvo cáncer? Sí No Si la respuesta es "Sí", ¿cuándo? _____ ¿De qué tipo? _____

¿Fue tratado con quimioterapia? Sí No Si la respuesta es "Sí", ¿cuándo? _____ ¿De qué tipo? _____

¿Recibió radioterapia? Sí No ¿Cuándo? _____ Finalizó el: _____

10. ¿Alguna vez tuvo problemas CARDÍACOS, DE CIRCULACIÓN O DE PRESIÓN ARTERIAL? Sí No

Alta presión arterial	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Angina/dolor de pecho	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Colesterol alto	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Obstrucción arterial en las piernas	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Obstrucción arterial en el cuello	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Ataque cardíaco	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Insuficiencia cardíaca congestiva	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Soplo cardíaco/problema en válvulas cardíacas	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Ritmo cardíaco irregular o palpitaciones	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Desfibrilador	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Nació con un problema cardíaco	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Otra condición cardíaca _____		

11. ¿Tiene dificultad para subir dos tramos de escaleras sin parar? Sí No

12. ¿Ha tenido alguna caída en los últimos 12 meses?

13. ¿Hace ejercicio regularmente? Sí No Si es así, ¿qué tipo de ejercicio? _____

¿Cuántos días por semana? _____ Horas _____ Minutos _____

14. ¿Alguna vez tuvo problemas CARDÍACOS, DE CIRCULACIÓN O DE PRESIÓN ARTERIAL? Sí No

			Cuándo lo hizo	Quién lo indicó
Estudio Doppler de carótida	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	_____	_____
Monitor Holter	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	_____	_____
Prueba de esfuerzo	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	_____	_____
Cateterismo cardíaco	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	_____	_____
Ecocardiograma	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	_____	_____
Electrocardiograma	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	_____	_____
¿Stent cardíaco?	<input type="checkbox"/> Metal no recubierto	<input type="checkbox"/> Liberador de fármaco		
	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	_____	_____
Estudio nuclear del corazón	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	_____	_____
Otra prueba o procedimiento _____				

¿Por qué se realizó la prueba cardíaca? _____

¿Se le informó que alguna de estas pruebas tuvo resultados anormales? Sí No

15. ¿Alguna vez tuvo problemas respiratorios o una condición pulmonar? Sí No

Asma	¿Último ataque? _____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Enfisema o EPOC?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Antecedentes de neumonía		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Tos crónica		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Apnea del sueño		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Bronquitis		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Resfrío, irritación de garganta reciente (últimas 2 semanas)		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Utiliza oxígeno	¿Cuántos litros? _____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Falta de aliento		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Utiliza ventilación CPAP _____	Entorno _____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Utiliza ventilación BiPAP		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Otros problemas pulmonares o respiratorios? _____		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

Nombre del paciente: _____ Fecha Nac.: _____ Edad: _____

16. ¿Alguna vez tuvo una condición cerebral, neurológica, muscular o de salud mental? Sí No

Accidente cerebrovascular	<input type="checkbox"/> Lado izquierdo	<input type="checkbox"/> Lado derecho	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Ataque isquémico transitorio (TIA)			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Convulsiones o epilepsia	¿Última convulsión? _____		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Parálisis			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Entumecimiento o debilidad	¿Dónde? _____		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Esclerosis múltiple			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Neuropatía			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Temblores			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Parkinsonismo			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Pérdida del control de la vejiga			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Pérdida del control intestinal			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Enfermedad muscular			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Dolor de cabeza/migrañas			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Ansiedad			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Depresión			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Otra condición de salud mental:	Enumere _____		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Mareos por movimiento			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Claustrofobia			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Otra	_____			

17. ¿Tuvo alguna vez problemas hepáticos o digestivos? Sí No

Úlcera	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Hernia de hiato	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Enfermedad por reflujo	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Hepatitis	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Ictericia	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Cirrosis	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Dificultad en la deglución	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Otro	_____	

18. ¿Tuvo alguna vez una condición renal o de próstata? Sí No

¿Recibe diálisis?	<input type="checkbox"/> Sangre	<input type="checkbox"/> Peritoneal	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Qué días de la semana?	_____			
Acceso	_____			
Infección crónica de vejiga o riñón			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Cálculos renales			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

Función renal disminuida/insuficiencia renal	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Agrandamiento de próstata	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Cáncer de próstata	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Otra _____		

19. ¿Tuvo alguna vez algún trastorno sanguíneo o de coagulación? Sí No

Anemia	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Antecedentes de transfusión de sangre	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Trastorno de coagulación	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Rasgo o enfermedad de células falsiformes	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Reacción a transfusión	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Coágulos en las piernas o los pulmones	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Utiliza anticoagulantes	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Otro _____		

Nombre del paciente: _____ Fecha Nac.: _____ Edad: _____

20. ¿Ha tenido diabetes o trastornos de tiroides o endócrinos? Sí No

Diabetes tratada con	<input type="checkbox"/> Dieta	<input type="checkbox"/> Píldoras	<input type="checkbox"/> Insulina	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Nivel de azúcar promedio?	_____		Último resultado de Hbg A1C	_____	
Enfermedad tiroidea	<input type="checkbox"/> Alta	<input type="checkbox"/> Baja	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
Uso de prednisona o esteroides			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
Otro	_____				

21. ¿Alguna vez tuvo problemas de artritis ortopédica, de columna vertebral, de articulaciones o de tejido conectivo? Sí No

Artritis degenerativa			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
Problemas de columna:	<input type="checkbox"/> Cuello	<input type="checkbox"/> Zona dorsal	<input type="checkbox"/> Zona lumbar	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Artritis reumatoide			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
Articulación temporomandibular/dificultad para abrir la boca			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
Rigidez en el cuello o dolor al mover el cuello			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
Fracturas en los últimos 12 meses			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
Dispositivos de ayuda (bastón, andador, silla de ruedas, etc.)			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
Otro	_____				

22. Para mujeres

¿Fecha de la última menstruación? _____
Si está embarazada, ¿de cuántas semanas? _____
Si está embarazada, ¿quién es su obstetra? _____

23. ¿Alguna vez tuvo problemas de artritis ortopédica, de columna vertebral, de articulaciones o de tejido conectivo? Sí No

Tabaquismo (cigarrillos):
Paquetes por día _____ Años de tabaquismo _____ Si dejó de fumar, cuándo lo hizo _____

Tabaquismo (cigarros o pipa)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Cantidad por día	_____	
Alcohol: Bebidas por día	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Fue tratada por alcoholismo anteriormente?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Consumo de marihuana	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Cocaína/crack	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Metanfetaminas	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Otro	_____	

24. Enumere todas sus cirugías anteriores: Nunca tuve una cirugía

Procedimiento quirúrgico	Año
_____	_____

Nombre del paciente: _____ Fecha Nac.: _____ Edad: _____

25. ¿Tuvo alguna cirugía en el Houston Methodist Hospital? Sí No _____

26. ¿Tuvo dificultades o complicaciones con ANESTESIAS o cirugías anteriores? Sí No

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| Náuseas o vómitos severos | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Dificultad para despertar | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Conciencia mientras estaba bajo anestesia | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Intubación difícil (inserción de tubo de respiración) | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Hipertermia maligna (usted o su familia) | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Un pariente consanguíneo tuvo una complicación mayor | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Otra _____ | | |

¿Dónde?

27. ¿Ha sido hospitalizado o ha estado en el Departamento de Emergencias en los últimos 12 meses? Sí No _____

28. ¿Se le ha hecho un electrocardiograma en los últimos 6 meses? Sí No _____

29. ¿Se le ha hecho una radiografía de tórax en los últimos 12 meses? Sí No _____

30. ¿Alguna vez ha estado hospitalizado durante más de una semana? Sí No _____

¿Por qué? _____

31. ¿Vio a otra persona que no fuera el cirujano como preparación para esta cirugía? (¿Médico de medicina interna, neumólogo o cardiólogo?) Sí No ¿Dónde? _____

Si la respuesta es "Sí", ¿cuál es su nombre e información de contacto?

Nombre	Teléfono	Última visita
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

32. Indique los médicos que usted regularmente visita y su especialidad (cardiología, cuidado primario, oncología):

Nombre	Teléfono	Fecha de la última visita
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____



ADHERIR RÓTULO DEL PACIENTE EN ESTA ÁREA

33. ¿Hay algo que deba abordarse antes de la cirugía?

34. ¿Necesita subir escaleras en su casa? Sí No

35. ¿Tiene alguna objeción religiosa o de otro tipo contra la transfusión de sangre o hemoderivados si es médicamente necesario? Sí No

36. ¿Tiene un poder notarial/directivas de carácter médico? Sí No

He leído y respondido las preguntas verazmente.

Relación con el paciente: Usted mismo Padre o madre Cónyuge Otra _____

Firma: _____

Fecha: _____ Hora: _____