



Fecha: _____

N.º de expediente (MR#): _____

Historial de salud

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Altura: _____ Peso: _____

¿El paciente tiene un documento de poder notarial médico? ☐ Sí ☐ No (Si la respuesta es "Sí", por favor proporcione una copia.)

Médico de atención primaria (PCP): _____ Fecha de la última visita: _____

Clínica / Dirección del PCP: _____ Teléfono: _____

Cardiólogo: _____ Neumólogo: _____ Oncólogo: _____

Contacto de emergencia y relación: _____ Teléfono: _____

Farmacia / Dirección: _____ Teléfono: _____

Sistema Respiratorio

Sí No

- ☐ ☐ Asma
- ☐ ☐ EPOC / Enfisema
- ☐ ☐ Neumonía o bronquitis reciente
¿Cuándo? _____
- ☐ ☐ Dificultad para respirar
- ☐ ☐ Fumador (actual o en el pasado)
- ☐ ☐ Tabaco oral (actual o en el pasado)
- ☐ ☐ Tuberculosis
- ☐ ☐ Uso de oxígeno
 - ☐ Según necesidad
 - ☐ Continuo ☐ Solo por la noche
- ☐ ☐ Apnea del sueño ☐ CPAP/BiPAP
- ☐ ☐ Embolia pulmonar
¿Cuándo? _____

Sistema Ortopédico

Sí No

- ☐ ☐ Problemas acostada(o)
- ☐ ☐ Dolor muscular o articular
- ☐ ☐ Dolor de espalda o cuello

Sistema Endocrino

Sí No

- ☐ ☐ Diabetes
- ☐ ☐ Uso de medicamentos para pérdida de peso
Nombre del medicamento: _____
- ☐ ☐ Enfermedad de la tiroides
- ☐ ☐ Enfermedad autoinmune
 - ☐ Lupus ☐ RA ☐ Otro: _____

Sistema Cardiovascular

Sí No

- ☐ ☐ Dolor o presión en el pecho
¿Cuándo? _____
- ☐ ☐ Latidos irregulares
 - ☐ Fibrilación auricular ☐ Otro: _____
- ☐ ☐ Ataque cardíaco ¿Cuándo? _____
- ☐ ☐ Marcapasos o desfibrilador
¿Cuándo? _____
- ☐ ☐ Presión arterial alta
- ☐ ☐ Soplo cardíaco
- ☐ ☐ Hinchazón de tobillos o retención de líquidos
- ☐ ☐ Colocación de stents vasculares
Ubicación en el cuerpo: _____
- ☐ ☐ Trombosis venosa profunda
¿Cuándo? _____
- ☐ ☐ Uso de anticoagulantes

Sistema Neurológico

Sí No

- ☐ ☐ Derrame cerebral (ACV) o ataque isquémico transitorio (TIA)
¿Cuándo? _____
- ☐ ☐ Desmayos o pérdida del conocimiento
¿Cuándo? _____
- ☐ ☐ Convulsiones ¿Cuándo? _____
- ☐ ☐ Debilidad, entumecimiento o cosquilleo
- ☐ ☐ Problemas de memoria
- ☐ ☐ Dolores de cabeza frecuentes o severos
- ☐ ☐ Caída reciente ¿Cuándo? _____
- ☐ ☐ Ansiedad o depresión
- ☐ ☐ Claustrofobia

Sistema Gastrointestinal

Sí No

- ☐ ☐ Hepatitis
- ☐ ☐ Enfermedad hepática
- ☐ ☐ Consumo de alcohol
- ☐ ☐ Uso de marihuana
- ☐ ☐ Uso de drogas ilícitas
- ☐ ☐ Acidez o reflujo gastroesofágico (GERD)

Sistema Genitourinario

Sí No

- ☐ ☐ Enfermedad renal
- ☐ ☐ Diálisis renal
- ☐ ☐ Hemodiálisis
- ☐ ☐ Diálisis peritoneal

Centro de diálisis: _____

Otros

Sí No

- ☐ ☐ Cáncer Tipo: _____
- ☐ ☐ Quimioterapia o radiación
Último tratamiento: _____
- ☐ ☐ Sangrado anormal (además de anticoagulantes)
- ☐ ☐ VIH / SIDA
- ☐ ☐ Heridas abiertas
- ☐ ☐ Problemas previos con anestesia
- ☐ ☐ Náuseas/vómitos
- ☐ ☐ COVID-19
¿Cuándo? _____
- ☐ ☐ Síntomas: _____
- ☐ ☐ Otro (explique): _____

Comentarios adicionales: _____



Fecha: _____

N.º de expediente (MR#): _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Medicamentos: Por favor, liste todos los medicamentos que toma actualmente, incluyendo recetas médicas, vitaminas, suplementos y medicamentos de venta libre.

Nombre del medicamento	Dosis / Concentración	Vía de administración (Oral, Inyección, etc.)	Frecuencia / Cada cuánto

Alergias: Indique todas las alergias o sensibilidades conocidas, incluyendo medicamentos, productos de venta libre, colirios, antisépticos, látex, etc.

Medicamento o producto alérgico	Reacción alérgica

Cirugías Previas: Por favor, liste todas las cirugías o procedimientos que haya tenido.

Procedimiento	Mes/Año	Cirujano