

EVALUACIÓN GENERAL PARA LA CIRUGÍA

INFORMACIÓN DEL PACIENTE _____ La Fecha de Hoy _____

Nombre (Apellido) _____ Primer Nombre _____ Segundo _____

¿Cómo prefiere que se le llame? _____ Fecha de Nacimiento _____ Edad _____

¿Cuál es su farmacia preferida? _____

Nombre de su Médico de Familia o Proveedor Familiar _____

Idioma _____ Raza _____ Nacionalidad _____ País de Origen _____

Alergias _____

MEDICAMENTOS

Enumere todos los medicamentos que toma regularmente (incluyendo los medicamentos recetados, vitaminas, minerales y los de venta libre):

1. _____ 4. _____

2. _____ 5. _____

3. _____ 6. _____

HISTORIAL MÉDICO (marque todas las que apliquen)

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de las arterias coronarias | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Aneurisma |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca congestiva | <input type="checkbox"/> Cirrosis | <input type="checkbox"/> Derrame cerebral o AIT (Ataque Isquémico Transitorio) |
| <input type="checkbox"/> Fibrilación Atrial | <input type="checkbox"/> Pancreatitis | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la arteria carótida |
| <input type="checkbox"/> Hipertensión | <input type="checkbox"/> Enfermedad de úlcera péptica | <input type="checkbox"/> Venas varicosas |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de las válvulas del corazón | <input type="checkbox"/> Colon Polyps | <input type="checkbox"/> Leg pain with walking |
| <input type="checkbox"/> EPOC | <input type="checkbox"/> Diverticulosis/Diverticulitis | <input type="checkbox"/> TVP/coágulos sanguíneos |
| <input type="checkbox"/> Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Colesterol Alto | <input type="checkbox"/> Embolia Pulmonar |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Trastorno hemorrágico |
| <input type="checkbox"/> Sangre en las heces | <input type="checkbox"/> Enfermedad o fallo renal | <input type="checkbox"/> Anemia |
| <input type="checkbox"/> Estreñimiento | <input type="checkbox"/> Infección Renal o Urinaria | <input type="checkbox"/> Enfermedad reumática |
| <input type="checkbox"/> Diarrea | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la Tiroides | <input type="checkbox"/> Osteoartritis |
| <input type="checkbox"/> Síndrome del intestino irritable | <input type="checkbox"/> Depresión o ansiedad | <input type="checkbox"/> Osteoporosis |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de Chrohn /Colitis ulcerosa | <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> Otros _____ |
| <input type="checkbox"/> GERD / Acidez estomacal | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> _____ |

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____

HISTORIAL DE CIRUGÍAS (por favor, incluya la fecha aproximada y el cirujano/ instalación)

- 1. _____ 4. _____
- 2. _____ 5. _____
- 3. _____ 6. _____

COLONOSCOPIA

¿Se ha hecho una colonoscopia? No Sí, ¿cuándo? _____

¿Resultados? _____

SOCIAL

¿Cuánto alcohol bebe? _____

¿Ha usado alguna vez tabaco? Sí No Si ya lo ha dejado, ¿cundo? _____

¿Marihuana? Sí No

¿Otras drogas? Sí No

HISTORIAL MÉDICO FAMILIAR

Por favor, indique cualquier enfermedad de su familia (por ejemplo, enfermedades cardíacas, derrames cerebrales, trastornos hemorrágicos)

Si hay un historial familiar de cáncer, por favor complete la tabla de la siguiente.

PARA LAS MUJERES

Fecha de su última menstruación _____

Fecha de su última mamografía _____

¿Tiene un historial de mamografías anormales? Sí No

Fecha de la última prueba de Papanicolaou _____

¿Tiene un historial de exámenes de Papanicolaou anormales? Sí No

Número de embarazos _____ Número de nacidos vivos _____

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____

HISTORIAL DE CÁNCER FAMILIAR

Por favor, indique su relación con su familiar y la edad que tenía cuando le diagnosticaron el cáncer.*

	El Lado de la Madre	El Lado del Padre
Cáncer de Útero		
Cáncer de Colon / Rectal		
Cáncer de Estómago		
Cáncer del Intestino Delgado		
Cáncer de Cerebro		
Cáncer de Riñón o de Tracto Urinario		
Pólipos de Colon		
Cáncer de Mama / Seno		
Cáncer de Ovarios		
Cáncer de Páncreas		

¿Descendiente judío ashkenazi? Sí No

¿Se han hecho usted o los miembros de su familia pruebas genéticas? No Sí, ¿los resultados? _____

¿Hay algún otro tipo de cáncer en un miembro de la familia que no esté en la lista anterior? Por favor, escriba su relación y edad en el momento del diagnóstico aquí: _____

* *Parientes de primer nivel = Madre/Padre/Hermana/Hermano/Hijos*

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____

Por favor, marque la casilla si actualmente tiene problemas con alguno de los siguientes puntos (marque todos los que correspondan):

GENERAL

- Fiebre Escalofríos Sudores
- Dolor de cabeza/migraña
- Apetito disminuido
- Fatiga
- Sentirse mal (Malestar)
- Pérdida de peso

OJOS

- Visión borrosa
- Doble visión (Diplopía)
- Irritación
- Flujo / Descarga
- Pérdida de visión
- Dolor en los ojos
- Sensibilidad a la luz

OÍDOS / NARIZ / GARGANTA

- Dolor de oídos
- Flujo del oído
- Zumbido de los oídos (Tinnitus)
- Audición disminuida
- Congestión nasal
- Hemorragias nasales
- Dolor de garganta
- Voz ronca
- Problemas para tragar

CORAZÓN / VASCULAR

- Dolores de pecho
- Palpitaciones
- Desmayos (Síncope)
- Respiración dolorosa con el ejercicio
- Se marea cuando se pone de pie
- Enfermedad vascular periférica
- Inflamación de brazos y piernas

OTROS

GASTROINTESTINAL

- Náuseas
- Vómitos
- Diarrea (6+ heces sueltas al día)
- Estreñimiento
- Cambio en los hábitos intestinales
- Dolor abdominal
- Heces Negras (Melena)
- Sangre en las heces
- Piel amarilla (Ictericia)

GENITOURINARIO

- Flujo vaginal
- Incontinencia
- Dolor al orinar (Disuria)
- Sangre en la orina (Hematuria)
- Frecuencia urinaria
- Falta de menstruación (Amenorrea)
- Sangrado menstrual anormal
- Dolor pélvico

MUSCULOESQUELÉTICO

- Dolor de espalda
- Dolor en las articulaciones
- Inflamación de las articulaciones
- Calambres musculares
- Debilidad muscular
- Rigidez
- Artritis

NEUROLOGÍA

- Parálisis temporal
- Debilidad
- Parestesias (entumecimiento)
- Convulsiones
- Desmayarse (Síncope)
- Temblores
- Mareos (Vértigo)

RESPIRATORIO

- Tos
- Respiración dolorosa (Disnea)
- Esputo excesivo
- Escupir sangre
- Silbido

PIEL

- Erupción / Sarpullido
- Picazón
- Sequedad
- Lesiones sospechosas

PSIQUIATRÍA

- Depresión
- Ansiedad
- Pérdida de memoria
- Perturbación mental
- Ideación suicida
- Alucinaciones
- Paranoia

ENDOCRINA

- Intolerancia al frío
- Intolerancia al calor
- Sed excesiva
- Hambre excesiva
- Orina excesiva
- Pérdida de peso

HEME / LINFÁTICO

- Moretones anormales
- Sangrado
- Ganglios linfáticos agrandados

ALÉRGICAS/INMUNOLÓGICAS

- Picazón (Urticaria)
- Fiebre del Heno
- Infecciones persistentes
- Exposición al VIH