

San Joaquin Laser and Surgery Center

Cuestionario de historial de salud

Nombre: _____ **M / F** edad: _____ Peso: _____ estatura: _____

Fecha de Nacimiento : ____/____/____

Usas? **Contactos:** Y N **Audífonos:** Izquierda/Derecha/Ambas **Dentadura postiza** Y N

Alergias a medicamentos: _____

Alergias a Alimentos, Cinta Adhesiva, Jabón, LÁTEX, etc: _____

¿Quién te llevará a casa? _____ Relación _____ Teléfono# _____

Medicamentos actuales – (adjunte lista si es necesario)

Medicamento	Dosis/mg	veces al día	Medicamento	Dosis/mg	veces al día
1.			7.		
2.			8.		
3.			9.		
4.			10.		
5.			11.		
6.			12.		

¿Usted o un pariente consanguíneo ha tenido alguna vez una complicación con la anestesia?

Yes No Describer _____

Enumere todas las cirugías anteriores y las fechas o años de las cirugías: _____

Medical History/Historial médico (Check all that apply to you) (Marque todas las que correspondan a su caso)

<p>Cardiac/ Cardíaco</p> <input type="checkbox"/> Angina/dolor en el pecho (Angina, Chest Pain) <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca congestive (Congestive Heart Failure) <input type="checkbox"/> Latidos cardíacos irregulares (Irregular Heart Beats) <input type="checkbox"/> Bypass coronario # _____ (Coronary Bypass) <input type="checkbox"/> Hipertensión (High Blood Pressure) <input type="checkbox"/> Marcapasos (Pacemaker)	<p>Lungs/ Pulmones</p> <input type="checkbox"/> Asma/Uso de inhaladores (Asthma/Use Inhalers) <input type="checkbox"/> Enfisema (Emphysema) <input type="checkbox"/> EPOC/¿Usa oxígeno en casa? (COPD/Use Oxygen at home) <input type="checkbox"/> Bronquitis (Bronchitis) <input type="checkbox"/> Alergias (Allergies) <input type="checkbox"/> Apnea del sueño/¿Usa CPAP? (Sleep Apnea/Wear CPAP?) <input type="checkbox"/> Fumador, Paquetes por día _____ (Smoker, packs per day)	<p>Thyroid/ Tiroides</p> <input type="checkbox"/> Hipertiroidismo (Hyperthyroid) <input type="checkbox"/> Hipotiroidismo (Hypothyroid) <p>Eyes/ Ojos</p> <input type="checkbox"/> Glaucoma <input type="checkbox"/> Cirugía de cataratas <input type="checkbox"/> Cirugía de retina <p>Diabetics/ Diabéticos</p> <input type="checkbox"/> Medicamentos orales <input type="checkbox"/> Regulación de insulina/NPH <input type="checkbox"/> Dieta controlada
<p>Kidney/ Riñón</p> <input type="checkbox"/> Inf. crónica del tracto urinario. (chronic UTI's) <input type="checkbox"/> Diálisis, cuando _____ (Dialysis, when?) <input type="checkbox"/> Orinar durante la noche # _____ (Voiding at night#)	<p>Liver/Hígado</p> <input type="checkbox"/> Hepatitis A, B o C <input type="checkbox"/> Cirrosis	<p>Other/ Otro</p> <input type="checkbox"/> Consumo de alcohol. ¿Con qué frecuencia? _____ <input type="checkbox"/> Consumo de drogas. Especificar _____ <input type="checkbox"/> Trastornos hemorrágicos Historial de enfermedad mental <input type="checkbox"/> Tomar/Ha tomado FLOMAX
<p>Central Nervous System</p> <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular/AIT (stroke/TIA) <input type="checkbox"/> Convulsiones/migrañas	<p>Pregnancy Screen</p> <input type="checkbox"/> ¿Existe la posibilidad de que esté embarazada? Si es así, hable con la enfermera y el cirujano.	

Patient/Guardian Signature: _____ **Date** _____