

SPANISH

CUESTIONARIO DE SALUD

Este cuestionario está diseñado para ayudar al personal que te va a atender. Nos va a ayudar a aprender más sobre tu salud. Por favor completa lo que más puedas y tráelo a tu cita.

Nombre:
Fecha de nacimiento:
Género:
Altura:
Peso:
Alergias:
Teléfono de contacto la noche antes de tu cirugía/procedimiento:
Celular:
Tipo de cirugía/procedimiento:
Programado para el (fecha):

Te han realizado algo de lo siguiente:

¿Exámenes de laboratorio en los últimos 30 días (dónde)?

No Sí:

¿Electrocardiograma en los últimos 6 meses (dónde)?

No Sí:

¿Radiografía del pecho en el ultimo año (dónde)?

No Sí:

Cita con el doctor / Proveedor de salud (nombre/fecha):

Cita con el especialista de: Corazón, Pulmón (nombre/fecha):

Fecha de tu última vacuna contra la gripe:

Fecha de tu última vacuna contra la neumonía:

Lista de cirugías

Año

Anestesia
General / Local

Problemas con la anestesia
No Sí:

¿Algún familiar tuyo ha tenido problemas con la anestesia?
No Sí

Cuál:

Has sido hospitalizado por alguna
enfermedad que no haya requerido cirugía: No Sí

Enfermedad:
Año:

Hábitos (por favor señala con un círculo):

Cafeína:
NADA
Mínimo
Moderado
Bastante

Tabaco:
NADA
Cigarrillos
Cigarros
Vapor
Masticado
Pipa
Cantidad
al día/a la semana/al mes/al año
Número de años
Fecha en que lo dejaste:

Alcohol:
NADA
Cerveza
Vino

Licor

Cantidad

al día/a la semana/al mes/al año

Número de años

Fecha en que lo dejaste:

Drogas recreacionales:

NADA

Marihuana

Vino

Meth

Otros

Cantidad

al día/a la semana/al mes/al año

Número de años

Fecha en que lo dejaste:

Otras drogas:

Para uso exclusivo del hospital:

CUESTIONARIO DE SALUD

PÁG 1 de 2