Nombre del Paciente: Fecha de Nacimiento:

¿Ha tenido alguna vez alguna de las siguientes condiciones? Por favor marque todas las que aplican.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Ansiedad | ☐ | Enfermedad al Corazón | ☐ |
| Artritis | ☐ | Hepatitis o Enfermedad al hígado | ☐ |
| Asma | ☐ | presión Arterial Alta (hipertensión) | ☐ |
| Coágulos sanguíneos | ☐ | Enfermedad de Riñón | ☐ |
| COPD | ☐ | Trastorno de convulsiones | ☐ |
| Depresión | ☐ | Derrame | ☐ |
| Diabetes | ☐ | Enfermedad de Tiroides | ☐ |

¿Le han hecho algún tipo de procedimiento quirúrgico alguna vez? Si ☐ No ☐

¿Le han hecho alguna de las siguientes cirugías o procedimientos alguna vez? Marque todas las que aplican.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Cirugía/Procedimiento** | **Marque todas las que aplican** | **¿Cuál es la fecha de su última cirugía? Si recuerda la fecha exacta, por favor estímela según recuerde**  |
| Corazón, vena o arteria (baipás, reparación de válvula, marcapasos, fistula para diálisis, etc)  | ☐ |  |
| Extracción de Tumor  | ☐ |  |
| Extracción de Apéndice (apendectomía)  | ☐ |  |
| Extracción de vesícula (colecistectomía)  | ☐ |  |
| Reparación de Hernia | ☐ |  |
| Cirugía de Espalad o Cuello  | ☐ |  |
| Cirugía de vejiga | ☐ |  |
| Reparación de hueso roto (fijación de fractura)  | ☐ |  |
| Reemplazo de articulación  | ☐ |  |
| Extracción parcial del intestine (colectomía)) | ☐ |  |
| Cirugía de cataratas  | ☐ |  |
| Extracción de seno  | ☐ |  |
| Extracción de amígdalas (amigdalectomía)  | ☐ |  |
| Histerectomía  | ☐ |  |
| Cesárea | ☐ |  |
| Otra cirugía o procedimiento | ☐ |  |

¿Ha habido algún familiar biológico (parentesco sanguíneo) que alguna vez haya tenido lo siguiente según usted sepa? Marque todas las que aplican

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ADHD | ☐ | Depresión | ☐ | Trastornos del Aprendizaje  | ☐ |
| Artritis | ☐ | Diabetes | ☐ | Obesidad | ☐ |
| Asma | ☐ | Enfermedad al Corazón  | ☐ | Trastornos de Convulsiones.  | ☐ |
| Trastornos de la Sangre  | ☐ | Presion Arterial Alta  | ☐ | Derrame | ☐ |
| Cáncer | ☐ | Enfermedad de Riñón | ☐ | Enfermedad de Tiroides  | ☐ |

¿Usted vapea? Si ☐ No ☐

¿Qué opción mejor describe su uso de tabaco?

*Un fumador empedernido se define como alguien que fuma 10 cigarritos por día o una cantidad equivalente a cigarros o pipa*

*Un fumador social puede ser definido como alguien que fumar menos de 10 cigarrillos al día, o una cantidad equivalente de cigarro o pipa*

 ☐Actualmente fuma todos los días

 ☐Actualmente fuma algunos días

☐Ex-fumador

☐Fumador de tabaco empedernido

☐Fumador social de tabaco

☐Nunca he fumado

☐Fumador, pero no está seguro del estatus actual

☐No está seguro de haber fumado alguna vez

¿Ha usado alguna vez productos de tabaco que no se fumen, como por ejemplo masticado, inhalado o usado tabaco sin humo? Si ☐ No ☐