Nombre del Paciente: Fecha de Nacimiento:

¿Ha tenido usted alguna de las siguientes condiciones médicas?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ADHD | ☐ | Migrañas | ☐ |
| Asma | ☐ | Soplo al corazón | ☐ |
| Enfermedad al Corazón Congénita (presente al nacer) | ☐ | Nacimiento Prematuro (nacido antes de 37 semanas de embarazo) | ☐ |
| Estreñimiento | ☐ | Trastornos de Convulsiones | ☐ |
| Diabetes | ☐ | Infecciones del Tracto Urinario | ☐ |

¿Le han hecho alguna vez un procedimiento quirúrgico? Si ☐ No ☐

Le han hecho alguno de los siguientes procedimientos quirúrgicos? Marque todos los que apliquen.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Cirugía/Procedimiento** | **Marque todo lo que aplique** | **¿Cuál fue la fecha de su última cirugía? Estime lo mejor que recuerda si es que no tiene la fecha exacta.** |
| Corazón, vena o arteria (bypass, reparación de válvula, marcapasos, fístula para diálisis, etc) | ☐ |  |
| Extracción de Tumor | ☐ |  |
| Extracción de Apéndice (apendectomía) | ☐ |  |
| Extracción de Vesícula (colecistectomía) | ☐ |  |
| Reparación de Hernia | ☐ |  |
| Cirugía de Espalda o Cuello | ☐ |  |
| Cirugía de Vejiga | ☐ |  |
| Reparación de hueso roto (fijación de fractura) | ☐ |  |
| Reemplazo de articulación | ☐ |  |
| Extracción parcial del intestino (colectomía) | ☐ |  |
| Cirugía de Cataratas | ☐ |  |
| Extracción de Seno | ☐ |  |
| Extracción de amígdalas (amigdalectomía) | ☐ |  |
| Extracción de Próstata (prostatectomía) | ☐ |  |
| Otro procedimiento o cirugía | ☐ |  |

¿Ha habido algún familiar suyo (de parentesco sanguíneo) que haya tenido lo siguiente (que usted sepa) Marque todas las que apliquen.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ADHD | ☐ | Presión Arterial Alta | ☐ |
| Asma | ☐ | Enfermedad Renal | ☐ |
| Cáncer | ☐ | Trastornos del Aprendizaje | ☐ |
| Depresión | ☐ | Obesidad | ☐ |
| Diabetes | ☐ | Trastornos de convulsiones | ☐ |
| Enfermedad Cardíaca | ☐ | Enfermedad Tiroidea | ☐ |