



FORMULARIO DE ANTECEDENTES MÉDICOS

1

Las siguientes preguntas nos ayudarán a cuidarlo mejor.
Responda con el mayor detalle posible.
Deberá llevar este formulario **COMPLETO** al Centro de
Cirugía el día de la operación, junto con los Estudios
Prequirúrgicos.

Nombre _____

Apellido _____

Edad _____

Peso _____ Altura _____

SÍ NO

☐ ☐ ¿Padece alguna enfermedad?

☐ ☐ Presión arterial alta o medicada

☐ ☐ Diabetes
¿Cuánto tiempo pasó aproximadamente desde el diagnóstico? (años) _____

☐ ☐ ¿Usa insulina?

☐ ☐ Enfermedad cardíaca
¿Cuál? _____

☐ ☐ Enfermedad de la sangre
¿Cuál? _____

☐ ☐ Está anticoagulado (Simtron o similar) y se controla con el hematólogo

☐ ☐ Enfermedad renal (riñones)
¿Cuál? _____

☐ ☐ Cáncer
¿Tipo? _____

SÍ NO
¿Recibió quimioterapia? ☐ ☐ ¿Recibió radioterapia? **SÍ NO**
☐ ☐

☐ ☐ Enfermedad de la próstata
¿Cuál? _____

SÍ NO
¿Toma Tamsulosina? ☐ ☐

☐ ☐ Enfermedad respiratoria
¿Cuál? _____

☐ ☐ Enfermedad inmunológica/reumatológica/autoinmune
¿Cuál? _____





FORMULARIO DE ANTECEDENTES MÉDICOS

2

SÍ **NO**

☐ ☐ Enfermedad de la tiroides
¿Cuál? _____

☐ ☐ ¿Padece otras enfermedades?
¿Cuáles? _____

Enumere **toda** la medicación que toma habitualmente

☐ ☐ ¿Padece algún trastorno o antecedente ocular previo a su problema actual?
¿Cuál? _____

☐ ☐ ¿Presenta antecedente de alergias?
Enumere a qué es alérgico _____

☐ ☐ ¿Se ha realizado cirugías previamente?
¿Cuáles? _____

☐ ☐ ¿Alguna vez tuvo algún problema con la anestesia?
¿Cuál? _____

☐ ☐ ¿Presenta algún antecedente o síntoma que crea conveniente que conozcamos?
¿Cuál? _____

