FORMULARIO DE ANTECEDENTES MÉDICOS

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 _____ Fuma SÍ NO

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? _____ ¿Recibió quimioterapia? SÍ ◯ NO ◯ ¿Recibió radioterapia? SÍ ◯ NO ◯
◯	◯	Enfermedad de la próstata ¿Cuál? _____ _____ ¿Toma Tamsulosina? SÍ ◯ NO ◯
◯	◯	Enfermedad respiratoria ¿Cuál? _____ _____
◯	◯	Enfermedad inmunológica/reumatológica/autoinmune ¿Cuál? _____ _____

FORMULARIO DE ANTECEDENTES MÉDICOS

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? _____