

HISTORIAL MÉDICO

Nombre del Paciente:	Fecha de Nacimiento: / /	Estatura:	Peso:
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Nombre de Persona Responsable:	Relación con el paciente:		
Teléfono: Celular:	Casa:	Trabajo:	

¿Ha tenido el paciente alguna vez alguno de los siguientes?	Sí	No
1. Afecciones cardíacas (defectos congénitos, dificultad para respirar, marcapasos, soplo, presión arterial alta) En caso afirmativo, explica:	Sí	No
2. Condiciones de la sangre (anemia, hematomas/sangrado fáciles, hemofilia, sangrados nasales frecuentes, anemia, coagulación deficiente, células falciformes, VIH) En caso afirmativo, explica:	Sí	No
3. Condiciones pulmonares: (enfisema, dificultad para respirar, tuberculosis, asma, resfriado o gripa recientes, VHS) En caso afirmativo, explica:	Sí	No
4. Tracto digestivo o afecciones abdominales (úlceras estomacales, reflujo, náuseas, dificultad para tragar), En caso afirmativo, explica:	Sí	No
5. Condiciones infecciosas:(SIDA, hepatitis, herpes/herpes labial) En caso afirmativo, explica: _____	Sí	No
6. Condiciones endocrinas (tiroides, enfermedad paratiroidea o deficiencia de calcio, diabetes) En caso afirmativo, explica:	Sí	No
7. Condiciones autoinmunes: (artritis reumatoide, lupus) En caso afirmativo, explica:	Sí	No
8. Condiciones neurológicas (epilepsia, convulsiones, autismo, TDAH, accidente cerebrovascular). En caso afirmativo, explica:	Sí	No
9. Problemas musculares (debilidad, parálisis, musculoso dyestrofia) En caso afirmativo, explica:	Sí	No
10. Discapacidades o síndromes congénitos, como trisomía 21 (Síndrome de Down): En caso afirmativo, explica	Sí	No
11. Problemas renales: (insuficiencia renal)	Sí	No
12. ¿Alguna vez el paciente o algún pariente ha tenido problemas con la anestesia general?	Sí	No

Por favor anote todas las condiciones médicas graves y hospitalizaciones y fechas:

Por favor anote todas las operaciones quirúrgicas y fechas:

Por favor, anote todas las alergias (alimentos, medicinas, látex, etc.):

Entiendo que retener o tergiversar cualquier información sobre mi salud podría poner vida en serio peligro. He revisado cuidadosamente la historia de salud médica anterior y respondido a todas las preguntas a lo mejor de mi conocimiento. Entiendo que es mi responsabilidad informar a los médicos de Dream Guard Anesthesia de cualquier cambio en el estado médico.

Firma del Paciente

Fecha