



Anexo CIRUGÍA A

No fue atendido por

Anamnesis

Estado Actual

Presión arterial INICIAL: Máxima mmHg. - Mínima mmHg.

Presión arterial FINAL: Máxima mmHg. - Mínima mmHg.

Grupo Sanguíneo

Factor RH

Antecedentes Personales

Vacuna Antitetánica **Si** **No**

Certificado de vacunación **Si** **No**

Paciente lúcido **Si** **No**

¿Fuma o consume tabaco con frecuencia? **Si** **No** Cantidad de cigarrillos diarios ¿Bebe alcohol con frecuencia? **Si** **No**

¿Consume drogas? **Si** **No** ¿Cuál/es?:

Alguna vez tuvo:

Sinusitis **Si** **No**

Tratamiento con Rayos X **Si** **No**

Tratamiento con quimioterapia **Si** **No**

Glaucoma **Si** **No**

Úlceras de estómago **Si** **No**

¿Tuvo enfermedades de la infancia? **Si** **No** ¿Cuál/es?:

¿Tiene lesiones cardíacas congénitas? **Si** **No** ¿Cuál/es?:

¿Alguna vez sufrió ataque cardíaco o cerebral? **Si** **No** | ¿Le falta el aire cuándo duerme? **Si** **No**

¿Tiene alguna enfermedad cardiovascular (insuficiencia coronaria, oclusión coronaria, arterioesclerosis)? **Si** **No**

¿Alguna vez le faltó el aire al hacer un ejercicio suave? **Si** **No** | ¿Se le hinchan los tobillos u otras partes del cuerpo? **Si** **No**

¿Tuvo alguna enfermedad de la sangre? **Si** **No** ¿Cuál/es?:

¿Tiene asma? **Si** **No** | ¿Adormecimientos o parálisis? **Si** **No** | ¿Convulsiones? **Si** **No** | ¿Es epiléptico? **Si** **No**

Ha padecido:

ACV **Si** **No** | Candidiasis **Si** **No** | Herpes bucal **Si** **No** | Ulceraciones bucales **Si** **No** | Tiroides **Si** **No**

Lesiones eritematosas o blancas **Si** **No** | Insuficiencia suprarrenal **Si** **No** | Osteoporosis **Si** **No**

Sólo si es mujer:

¿Está embarazada? **Si** **No** | ¿Ya ha tenido la menopausia? **Si** **No** | ¿Toma píldoras anticonceptivas? **Si** **No**

Antecedentes Familiares

Padres: ¿Viven? **Si** **No** Causa del deceso

Hermanos: ¿Viven? **Si** **No** Causa del deceso

Afecciones familiares:

Diabetes **Si** **No** | Hipertensión **Si** **No** | Alergias **Si** **No** | Convivencia con Hepatitis o Tuberculosis **Si** **No**

Hemofilia o enfermedades hemorrágicas (indique cual)

El nombre de mi médico es

y su dirección

Acto pre quirúrgico

Interconsulta (se adjunta informe)

Enfermedad Actual

Premedicación

Exámenes complementarios

