

Do not write, stamp, punch holes
or affix a sticker in this area.
To reproduce, follow the printing instructions.

↑ Direction of Feed ↑
**Antecedentes
personales/familiares**
Responda cada una de las preguntas

Handwritten items must
be entered **MANUALLY**.

ESCRIBA EL APELLIDO DEL PACIENTE EN LETRA DE IMPRENTA

ESCRIBA EL NOMBRE DEL
PACIENTE EN LETRA DE IMPRENTA

FECHA DE NACIMIENTO DEL PACIENTE

Mes Día Año

Instrucciones para el marcado

Utilice un lápiz número 2. Rellene
completamente el óvalo como se muestra...



TABAQUISMO

¿Ha fumado o consumido alguna vez tabaco? nunca anteriormente actualmente (algunos días) actualmente (todos los días)

¿A qué edad comenzó a fumar?

Si dejó de fumar, ¿a qué edad lo hizo?

¿Cuántos cigarrillos fuma actualmente (o fumaba anteriormente) por día?

EJEMPLO

Si comenzó a fumar a la edad de 21 años, rellene los óvalos de la siguiente manera:

10 20 30
1 2 3

10	20	30	40	50	60	70	80	90
<input type="radio"/>								
1	2	3	4	5	6	7	8	9
<input type="radio"/>								
10	20	30	40	50	60	70	80	90
<input type="radio"/>								
1	2	3	4	5	6	7	8	9
<input type="radio"/>								
10	20	30	40	50	60	70	80	90
<input type="radio"/>								
1	2	3	4	5	6	7	8	9
<input type="radio"/>								

Doblar en la línea punteada

¿Cuántos cigarros o pipas fuma usted por semana? ninguno <1 1-2 3-5 6-9 10+

¿Cuántas latas de tabaco de mascar o sin humo consume por semana? ninguna <½ ½ 1 2 3+

¿Se expone al humo de cigarrillo (fumador pasivo)? no sí

CONSUMO DE ALCOHOL

¿Con qué frecuencia bebe alcohol? Cantidad de veces: nunca 1 2 3 4 5 6 7+
(Si marcó "nunca", vaya directamente a la sección Consumo de drogas). Por: día semana mes año

¿Qué tipo/s de alcohol bebe? cerveza vino licor

Cuando bebe, ¿cuántas copas toma? 1-2 3-5 6-9 10+

¿Con qué frecuencia toma más de cinco copas por ocasión? nunca ocasionalmente casi nunca con frecuencia

CONSUMO DE DROGAS

ninguno actualmente anteriormente prefiero hablarlo con el médico

¿ALGÚN COMPORTAMIENTO QUE IMPLIQUE ALTO RIESGO DE CONTRAER VIH?

(Factores de riesgo de contraer VIH: consumo de drogas por vía intravenosa, más de una pareja sexual, relaciones sexuales con una prostituta, contacto sexual sin protección, contacto con equipos de inyección contaminados). no prefiero hablarlo con el médico
sí

OTROS

¿Con qué frecuencia usa el cinturón de seguridad? siempre casi siempre ocasionalmente nunca

Doblar en la línea punteada

Exposición solar: ocasionalmente con frecuencia casi nunca

Estado civil: soltero/a casado/a divorciado/a viudo/a

¿Tiene necesidades religiosas o culturales en relación con su atención médica? sí no

¿Utiliza alguno de los siguientes elementos? no silla de ruedas/motoneta andador muletas
(Marque todas las opciones que correspondan). bastón prótesis soporte

¿Está embarazada o es posible que usted pudiera estar embarazada? sí no

¿Puede realizar actividades de la vida cotidiana (como ir al baño, bañarse, vestirse, etc.)? sí no

Cafeína Tipos de cafeína: café té refrescos
Bebidas por día: ninguna ocasional 1-2 3-4 5-6 7+

Ejercicio Tipos de ejercicio: montar bicicleta correr nadar
caminar gimnasia aeróbica otros
Veces por semana: ninguna ocasional 1-2 3-4 5-6 7+

SAMPLE

Do not write, stamp, punch holes
or affix a sticker in this area.
To reproduce, follow the printing instructions.

↑ Direction of Feed ↓
**Antecedentes
personales/familiares**
Responda cada una de las preguntas

Handwritten items must
be entered **MANUALLY**.

ANTECEDENTES MÉDICOS Indique si USTED tiene alguno de los siguientes antecedentes:

Nombre del paciente: _____

- | | | | |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ritmo cardíaco anormal | <input type="checkbox"/> Cáncer de útero | <input type="checkbox"/> Hepatitis A | <input type="checkbox"/> Cáncer de recto |
| <input type="checkbox"/> Consumo excesivo de alcohol | <input type="checkbox"/> Cáncer de colon | <input type="checkbox"/> Hepatitis B | <input type="checkbox"/> Retinopatía |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) | <input type="checkbox"/> Hepatitis C | <input type="checkbox"/> Reflujo/enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) |
| <input type="checkbox"/> Complicación por anestesia | <input type="checkbox"/> Sordera | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Trastorno de ansiedad | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Colesterol elevado | <input type="checkbox"/> Alergia grave |
| <input type="checkbox"/> Afasia (dificultad para hablar, escribir, escuchar, leer) | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> VIH | <input type="checkbox"/> Enfermedad de transmisión sexual (ETS) |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Hernias de disco | <input type="checkbox"/> Urticaria | <input type="checkbox"/> Cáncer de piel |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Disfagia (dificultad para tragar) | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal | <input type="checkbox"/> Derrame cerebral/ataque cerebrovascular/AIT |
| <input type="checkbox"/> Problemas autoinmunitarios | <input type="checkbox"/> Enfisema | <input type="checkbox"/> Cáncer de hígado | <input type="checkbox"/> Intento de suicidio |
| <input type="checkbox"/> Anomalías congénitas | <input type="checkbox"/> Fracturas | <input type="checkbox"/> Enfermedad hepática | <input type="checkbox"/> Problemas de tiroides |
| <input type="checkbox"/> Problemas en la vejiga | <input type="checkbox"/> Gangrena | <input type="checkbox"/> Cáncer de pulmón | |
| <input type="checkbox"/> Trastornos de la coagulación | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar/respiratoria | |
| | | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Lyme | |
| | | <input type="checkbox"/> Enfermedad mental | |

----- Doblar en la línea punteada -----

- | | | | |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ceguera | <input type="checkbox"/> Trastorno del crecimiento/desarrollo | <input type="checkbox"/> Abortos espontáneos/complicaciones del embarazo | <input type="checkbox"/> Transfusión |
| <input type="checkbox"/> Coágulos de sangre | <input type="checkbox"/> Lesión en la cabeza | <input type="checkbox"/> Migrañas | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Transfusiones sanguíneas | <input type="checkbox"/> Ataque cardíaco | <input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple | <input type="checkbox"/> Úlcera |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad intestinal | <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca | <input type="checkbox"/> Osteoporosis | <input type="checkbox"/> Várices |
| <input type="checkbox"/> Cáncer de mama | <input type="checkbox"/> Soplo cardíaco | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Parkinson | <input type="checkbox"/> Otra enfermedad, otro tipo de cáncer u otra enfermedad de importancia médica |
| <input type="checkbox"/> Cataratas | <input type="checkbox"/> Dolor cardíaco/angina de pecho | <input type="checkbox"/> Enfermedad vascular periférica | |
| <input type="checkbox"/> Parálisis cerebral | <input type="checkbox"/> Hemiparesia (debilidad en el lado derecho o izquierdo) | <input type="checkbox"/> Embolia pulmonar | |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad cerebrovascular (MAV, aneurisma) | | <input type="checkbox"/> Cáncer de próstata | |

NO HAY ANTECEDENTES MÉDICOS SIGNIFICATIVOS

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS Marque todas las cirugías a las que se haya sometido:

<input type="checkbox"/> NO HE TENIDO CIRUGÍAS <small>(Pasar directamente a Antecedentes familiares)</small>	izquierdo	derecho	ambos		izquierdo	derecho	ambos	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cirugía de cataratas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reparación del manguito de los rotadores
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Extracción de nódulo de cáncer de mama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artroscopia de hombro
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mastectomía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fractura de cadera y cirugía
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reconstrucción mamaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reemplazo total de cadera
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reducción mamaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artroscopia de rodilla
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Extracción de los ovarios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reemplazo total de rodilla
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cirugía de túnel carpiano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cirugía del pie

----- Doblar en la línea punteada -----

<table border="0"> <tr> <td>Cirugía de próstata</td> <td><input type="checkbox"/> Resección transuretral de la próstata</td> <td><input type="checkbox"/> Extirpación</td> </tr> <tr> <td>Cirugía de vesícula biliar</td> <td><input type="checkbox"/> Abierta</td> <td><input type="checkbox"/> Laparoscópica</td> </tr> <tr> <td>Extracción de pólipos del colon</td> <td><input type="checkbox"/> Abierta</td> <td><input type="checkbox"/> Colonoscopia</td> </tr> <tr> <td>Extracción del colon</td> <td><input type="checkbox"/> Parcial</td> <td><input type="checkbox"/> Total</td> </tr> <tr> <td>Histerectomía (por cáncer)</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Parcial</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Total</td> </tr> <tr> <td>Histerectomía (no a causa de cáncer)</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Parcial</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Total</td> </tr> <tr> <td>Extracción de glándula tiroides</td> <td><input type="checkbox"/> Parcial</td> <td><input type="checkbox"/> Total</td> </tr> <tr> <td>Artrodesis</td> <td><input type="checkbox"/> Cuello</td> <td><input type="checkbox"/> Región lumbar</td> </tr> <tr> <td>Descompresión de la columna vertebral</td> <td><input type="checkbox"/> Cuello</td> <td><input type="checkbox"/> Región lumbar</td> </tr> <tr> <td>Dilatación y curetaje (D y C)</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Único</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Múltiple</td> </tr> </table>	Cirugía de próstata	<input type="checkbox"/> Resección transuretral de la próstata	<input type="checkbox"/> Extirpación	Cirugía de vesícula biliar	<input type="checkbox"/> Abierta	<input type="checkbox"/> Laparoscópica	Extracción de pólipos del colon	<input type="checkbox"/> Abierta	<input type="checkbox"/> Colonoscopia	Extracción del colon	<input type="checkbox"/> Parcial	<input type="checkbox"/> Total	Histerectomía (por cáncer)		<input type="checkbox"/> Parcial			<input type="checkbox"/> Total	Histerectomía (no a causa de cáncer)		<input type="checkbox"/> Parcial			<input type="checkbox"/> Total	Extracción de glándula tiroides	<input type="checkbox"/> Parcial	<input type="checkbox"/> Total	Artrodesis	<input type="checkbox"/> Cuello	<input type="checkbox"/> Región lumbar	Descompresión de la columna vertebral	<input type="checkbox"/> Cuello	<input type="checkbox"/> Región lumbar	Dilatación y curetaje (D y C)		<input type="checkbox"/> Único			<input type="checkbox"/> Múltiple	<table border="0"> <tr> <td>Cesárea</td> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 2</td> <td><input type="checkbox"/> 3+</td> </tr> <tr> <td>Derivación cardíaca</td> <td><input type="checkbox"/> 1 vaso</td> <td><input type="checkbox"/> 2 vasos</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> 3 vasos</td> <td><input type="checkbox"/> 4 o más vasos</td> <td><input type="checkbox"/> No se conoce el núm. de vasos</td> </tr> <tr> <td>Biopsia de mama</td> <td><input type="checkbox"/> Izquierda</td> <td><input type="checkbox"/> Derecha</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Ambas</td> <td><input type="checkbox"/> Varias veces</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Arteria carótida</td> <td><input type="checkbox"/> Izquierda</td> <td><input type="checkbox"/> Derecha</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Ambas</td> <td><input type="checkbox"/> Varias veces</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Hernia inguinal abierta</td> <td><input type="checkbox"/> Izquierda</td> <td><input type="checkbox"/> Derecha</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Ambas</td> <td><input type="checkbox"/> Varias veces</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Laparoscopia de hernia inguinal</td> <td><input type="checkbox"/> Izquierda</td> <td><input type="checkbox"/> Derecha</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Ambas</td> <td><input type="checkbox"/> Varias veces</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Reemplazo de válvula cardíaca</td> <td><input type="checkbox"/> Mitral</td> <td><input type="checkbox"/> Tricúspide</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Aórtica</td> <td><input type="checkbox"/> Válvula desconocida</td> <td></td> </tr> </table>	Cesárea	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3+	Derivación cardíaca	<input type="checkbox"/> 1 vaso	<input type="checkbox"/> 2 vasos			<input type="checkbox"/> 3 vasos	<input type="checkbox"/> 4 o más vasos	<input type="checkbox"/> No se conoce el núm. de vasos	Biopsia de mama	<input type="checkbox"/> Izquierda	<input type="checkbox"/> Derecha			<input type="checkbox"/> Ambas	<input type="checkbox"/> Varias veces		Arteria carótida	<input type="checkbox"/> Izquierda	<input type="checkbox"/> Derecha			<input type="checkbox"/> Ambas	<input type="checkbox"/> Varias veces		Hernia inguinal abierta	<input type="checkbox"/> Izquierda	<input type="checkbox"/> Derecha			<input type="checkbox"/> Ambas	<input type="checkbox"/> Varias veces		Laparoscopia de hernia inguinal	<input type="checkbox"/> Izquierda	<input type="checkbox"/> Derecha			<input type="checkbox"/> Ambas	<input type="checkbox"/> Varias veces		Reemplazo de válvula cardíaca	<input type="checkbox"/> Mitral	<input type="checkbox"/> Tricúspide			<input type="checkbox"/> Aórtica	<input type="checkbox"/> Válvula desconocida	
Cirugía de próstata	<input type="checkbox"/> Resección transuretral de la próstata	<input type="checkbox"/> Extirpación																																																																																										
Cirugía de vesícula biliar	<input type="checkbox"/> Abierta	<input type="checkbox"/> Laparoscópica																																																																																										
Extracción de pólipos del colon	<input type="checkbox"/> Abierta	<input type="checkbox"/> Colonoscopia																																																																																										
Extracción del colon	<input type="checkbox"/> Parcial	<input type="checkbox"/> Total																																																																																										
Histerectomía (por cáncer)		<input type="checkbox"/> Parcial																																																																																										
		<input type="checkbox"/> Total																																																																																										
Histerectomía (no a causa de cáncer)		<input type="checkbox"/> Parcial																																																																																										
		<input type="checkbox"/> Total																																																																																										
Extracción de glándula tiroides	<input type="checkbox"/> Parcial	<input type="checkbox"/> Total																																																																																										
Artrodesis	<input type="checkbox"/> Cuello	<input type="checkbox"/> Región lumbar																																																																																										
Descompresión de la columna vertebral	<input type="checkbox"/> Cuello	<input type="checkbox"/> Región lumbar																																																																																										
Dilatación y curetaje (D y C)		<input type="checkbox"/> Único																																																																																										
		<input type="checkbox"/> Múltiple																																																																																										
Cesárea	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3+																																																																																									
Derivación cardíaca	<input type="checkbox"/> 1 vaso	<input type="checkbox"/> 2 vasos																																																																																										
	<input type="checkbox"/> 3 vasos	<input type="checkbox"/> 4 o más vasos	<input type="checkbox"/> No se conoce el núm. de vasos																																																																																									
Biopsia de mama	<input type="checkbox"/> Izquierda	<input type="checkbox"/> Derecha																																																																																										
	<input type="checkbox"/> Ambas	<input type="checkbox"/> Varias veces																																																																																										
Arteria carótida	<input type="checkbox"/> Izquierda	<input type="checkbox"/> Derecha																																																																																										
	<input type="checkbox"/> Ambas	<input type="checkbox"/> Varias veces																																																																																										
Hernia inguinal abierta	<input type="checkbox"/> Izquierda	<input type="checkbox"/> Derecha																																																																																										
	<input type="checkbox"/> Ambas	<input type="checkbox"/> Varias veces																																																																																										
Laparoscopia de hernia inguinal	<input type="checkbox"/> Izquierda	<input type="checkbox"/> Derecha																																																																																										
	<input type="checkbox"/> Ambas	<input type="checkbox"/> Varias veces																																																																																										
Reemplazo de válvula cardíaca	<input type="checkbox"/> Mitral	<input type="checkbox"/> Tricúspide																																																																																										
	<input type="checkbox"/> Aórtica	<input type="checkbox"/> Válvula desconocida																																																																																										

Cirugías (continúa en la página 3)



Do not write, stamp, punch holes
or affix a sticker in this area.
To reproduce, follow the printing instructions.

↑ Direction of Feed ↓
**Antecedentes
personales/familiares**
Responda cada una de las preguntas

Handwritten items must
be entered **MANUALLY**.

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS
(continuación)

Marque todas las cirugías a las que se haya sometido:

Nombre del paciente: _____

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="radio"/> Amputación | <input type="radio"/> Cirugía de discos lumbares | <input type="radio"/> Amigdalectomía |
| <input type="radio"/> Reparación de fisura anal | <input type="radio"/> Cirugía de discos cervicales | <input type="radio"/> Ligadura de trompas |
| <input type="radio"/> Apendicectomía | <input type="radio"/> Marcapasos | <input type="radio"/> Cirugía de úlcera |
| <input type="radio"/> Cirugía cerebral | <input type="radio"/> Catéter PICC | <input type="radio"/> Vasectomía |
| <input type="radio"/> Estimulación cerebral profunda | <input type="radio"/> Cirugía sinusal | <input type="radio"/> Derivación ventriculoperitoneal |
| <input type="radio"/> Tabique nasal desviado | <input type="radio"/> Estimulador de la columna vertebral | |
| <input type="radio"/> Rizotomía dorsal | <input type="radio"/> Procedimiento de transferencia de tendón tibial anterior | |
| <input type="radio"/> Hemorroidectomía | <input type="radio"/> Cirugía de estrabismo (diplopia) | |
| <input type="radio"/> Colocación de bomba intrarraquídea | <input type="radio"/> Alargamiento de tendón | |
| <input type="radio"/> Reemplazo de bomba intrarraquídea | <input type="radio"/> Transferencia de tendón | |

Otras cirugías (especifique):

ANTECEDENTES MÉDICOS FAMILIARES

Indique qué miembros de su familia han sufrido estas enfermedades:

ANTECEDENTES FAMILIARES
DESCONOCIDOS

NO HAY ANTECEDENTES MÉDICOS
FAMILIARES SIGNIFICATIVOS

Doblar en la línea punteada

	Padre	Madre	Hermano	Hermana	Hijo	Hija
Alcoholismo/consumo excesivo de alcohol	<input type="radio"/>					
Anemia	<input type="radio"/>					
Complicación por anestesia	<input type="radio"/>					
Aneurisma	<input type="radio"/>					
Artritis	<input type="radio"/>					
Asma	<input type="radio"/>					
Problemas en la vejiga	<input type="radio"/>					
Trastornos de la coagulación	<input type="radio"/>					
Tumor cerebral	<input type="radio"/>					
Cáncer de mama	<input type="radio"/>					
Cáncer de colon	<input type="radio"/>					
Demencia	<input type="radio"/>					
Depresión	<input type="radio"/>					
Diabetes	<input type="radio"/>					
Consumo de drogas	<input type="radio"/>					
Enfermedad cardíaca	<input type="radio"/>					
Presión arterial alta	<input type="radio"/>					
Colesterol elevado	<input type="radio"/>					
Enfermedad renal	<input type="radio"/>					
Enfermedad pulmonar/respiratoria	<input type="radio"/>					
Enfermedad mental	<input type="radio"/>					

Doblar en la línea punteada

	Padre	Madre	Hermano	Hermana	Hijo	Hija
Migrañas	<input type="radio"/>					
Esclerosis múltiple	<input type="radio"/>					
Enfermedad neurodegenerativa	<input type="radio"/>					
Osteoporosis	<input type="radio"/>					
Enfermedad de Parkinson	<input type="radio"/>					
Cáncer de recto	<input type="radio"/>					
Convulsiones	<input type="radio"/>					
Alergia grave	<input type="radio"/>					
Derrame cerebral/ataque cerebrovascular/AIT	<input type="radio"/>					
Problemas de tiroides	<input type="radio"/>					
Otra enfermedad, otro tipo de cáncer u otra dolencia (especifique): _____	<input type="radio"/>					

- La madre, abuela o hermana presentaron enfermedad cardíaca antes de los 65 años
 El padre, abuelo o hermano presentaron enfermedad cardíaca antes de los 55 años

