

Instrucciones

Favor de usar un lápiz #2 llenar todo el óvalo como se muestra...



POR FAVOR ESCRIBA CON LETRA DE IMPRENTA EL APELLIDO DEL PACIENTE

ESCRIBA CON LETRA DE IMPRENTA EL PRIMER NOMBRE DEL PACIENTE

FECHA DE NACIMIENTO

MES DÍA AÑO

Favor de marcar todas las cirugías que ha tenido.

No he tenido **CIRUGÍAS**

<input type="radio"/> Reparación de la Fisura Anal	<input type="radio"/> Cirugía de Disco de la Espalda Baja	<input type="radio"/> Amigdalectomía	<input type="radio"/> Desviación del Septo Nasal
<input type="radio"/> Apendectomía	<input type="radio"/> Cirugía de Disco del Cuello	<input type="radio"/> Cirugía de Úlcera	<input type="radio"/> Ligadura de Trompas
<input type="radio"/> Hemorroidectomía	<input type="radio"/> Cirugía de los Senos Nasales	<input type="radio"/> La Vasectomía	
<input type="radio"/> La Cirugía de la Próstata	<input type="radio"/> RTU de Próstata	<input type="radio"/> Extracción	
<input type="radio"/> La Cirugía de la Vesícula Biliar	<input type="radio"/> Abierto	<input type="radio"/> Laparoscópica	
<input type="radio"/> Extracción de Pólipos del Colon	<input type="radio"/> Abierto	<input type="radio"/> Colonoscopia	
<input type="radio"/> Extracción del Colon	<input type="radio"/> Parcial	<input type="radio"/> Completo	
<input type="radio"/> Histerectomía (debido a cáncer)	<input type="radio"/> Parcial	<input type="radio"/> Completo	
<input type="radio"/> Histerectomía (no debido a cáncer)	<input type="radio"/> Parcial	<input type="radio"/> Completo	
<input type="radio"/> Fusión Espinal	<input type="radio"/> Cuello	<input type="radio"/> Espalda Baja	
<input type="radio"/> Descompresión Espinal	<input type="radio"/> Cuello	<input type="radio"/> Espalda Baja	
<input type="radio"/> Dilatación y Cuteraje	<input type="radio"/> Sólo Una	<input type="radio"/> Varias	
<input type="radio"/> Cirugía Pulmonar	<input type="radio"/> Izquierdo	<input type="radio"/> Derecho	<input type="radio"/> Ambos
<input type="radio"/> Extirpación del Riñón	<input type="radio"/> Izquierdo	<input type="radio"/> Derecho	<input type="radio"/> Ambos
<input type="radio"/> Cirugía de Cataratas	<input type="radio"/> Izquierdo	<input type="radio"/> Derecho	<input type="radio"/> Ambos
<input type="radio"/> Extracción del Bulto del Cáncer de Mama	<input type="radio"/> Izquierdo	<input type="radio"/> Derecho	<input type="radio"/> Ambos
<input type="radio"/> Mastectomía	<input type="radio"/> Izquierdo	<input type="radio"/> Derecho	<input type="radio"/> Ambos
<input type="radio"/> Reconstrucción Mamaria	<input type="radio"/> Izquierdo	<input type="radio"/> Derecho	<input type="radio"/> Ambos
<input type="radio"/> Reducción de Senos	<input type="radio"/> Izquierdo	<input type="radio"/> Derecho	<input type="radio"/> Ambos
<input type="radio"/> Extracción del Ovario	<input type="radio"/> Izquierdo	<input type="radio"/> Derecho	<input type="radio"/> Ambos
<input type="radio"/> La Cirugía del Túnel Carpiano	<input type="radio"/> Izquierdo	<input type="radio"/> Derecho	<input type="radio"/> Ambos
<input type="radio"/> Reparación del Manguito Rotador	<input type="radio"/> Izquierdo	<input type="radio"/> Derecho	<input type="radio"/> Ambos
<input type="radio"/> Cirugía Artroscópica de los Hombros	<input type="radio"/> Izquierdo	<input type="radio"/> Derecho	<input type="radio"/> Ambos
<input type="radio"/> Fractura de Cadera y Cirugía	<input type="radio"/> Izquierdo	<input type="radio"/> Derecho	<input type="radio"/> Ambos
<input type="radio"/> Reemplazo Total de Cadera	<input type="radio"/> Izquierdo	<input type="radio"/> Derecho	<input type="radio"/> Ambos
<input type="radio"/> Reemplazo Total de Rodilla	<input type="radio"/> Izquierdo	<input type="radio"/> Derecho	<input type="radio"/> Ambos
<input type="radio"/> La Artroscopia de Rodilla	<input type="radio"/> Izquierdo	<input type="radio"/> Derecho	<input type="radio"/> Ambos
<input type="radio"/> Cirugía del Pie	<input type="radio"/> Izquierdo	<input type="radio"/> Derecho	<input type="radio"/> Ambos
<input type="radio"/> Las Piernas - Cirugía de Circulación	<input type="radio"/> Izquierdo	<input type="radio"/> Derecho	<input type="radio"/> Ambos
<input type="radio"/> Mastoidectomía	<input type="radio"/> Izquierdo	<input type="radio"/> Derecho	<input type="radio"/> Ambos
<input type="radio"/> Extracción de Tiroides	<input type="radio"/> Izquierdo	<input type="radio"/> Derecho	<input type="radio"/> Total <input type="radio"/> Parcial
<input type="radio"/> Biopsia de Mama	<input type="radio"/> Izquierdo	<input type="radio"/> Derecho	<input type="radio"/> Ambos <input type="radio"/> Varias Veces
<input type="radio"/> Cirugía de la Arteria Carótida	<input type="radio"/> Izquierdo	<input type="radio"/> Derecho	<input type="radio"/> Ambos <input type="radio"/> Varias Veces
<input type="radio"/> Cirugía Abierta de Hernia Inguinal	<input type="radio"/> Izquierdo	<input type="radio"/> Derecho	<input type="radio"/> Ambos <input type="radio"/> Varias Veces
<input type="radio"/> Cirugía Laparoscópica de la Hernia Inguinal	<input type="radio"/> Izquierdo	<input type="radio"/> Derecho	<input type="radio"/> Ambos <input type="radio"/> Varias Veces
<input type="radio"/> Cesárea	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3 o Más
<input type="radio"/> Reemplazo de Válvula Cardíaca	<input type="radio"/> Mitral	<input type="radio"/> Aórtico	<input type="radio"/> Tricúspide <input type="radio"/> Válvula Desconocida
<input type="radio"/> Cirugía de Derivación Cardíaca	<input type="radio"/> 1 Vaso	<input type="radio"/> 2 Vasos	<input type="radio"/> 3 Vasos <input type="radio"/> 4 o Más Vasos
<input type="radio"/> Otras Cirugías	<input type="radio"/> Numero Desconocido de Vasos		

Otras Cirugías En caso afirmativo, especifique el tipo, dónde y cuándo:

¿Alguna vez ha estado hospitalizado? Sí No

En caso afirmativo, especifique el tipo, dónde y cuándo: