

ANTECEDENTES PERSONALES DEL PACIENTE

| | | | | | |
|----------------------|---------------------|---------------|------------------|----------------------------|------------------|
| Apellido | | Primer nombre | | Inicial del segundo nombre | |
| Dirección | | | Ciudad | | Estado |
| | | | | | Código Postal |
| Teléfono residencial | | | Teléfono laboral | | Teléfono celular |
| Edad | Fecha de nacimiento | | Sexo M/F | | Alergias |

ANTECEDENTES SOCIALES

| | |
|--|------------------------------------|
| Estado civil | Nombre del cónyuge o de la pareja: |
| Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Relación importante <input type="checkbox"/> | |
| Cantidad de hijos _____ Edades y estado de salud _____ | |
| Nombre del representante legal (de haberlo) _____ | |
| Indique si tiene voluntades anticipadas, una orden de no reanimar o un poder: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | |
| En caso afirmativo, indique si podría darnos una copia de los documentos. _____ | |
| Ocupación (actual o anterior): _____ | |
| Médico de cabecera: _____ Cirujano: _____ Ginecólogo: _____ | |
| Otros especialistas: _____ | |

Antecedentes médicos: (cirugías previas)

| PROCEDIMIENTO | CIRUJANO | PARTE DEL CUERPO | MES/AÑO |
|---------------|----------|------------------|---------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Indique si tiene o tuvo alguna de las siguientes afecciones (marque todas las opciones que correspondan):

| | | | | |
|--------------------------------------|------------------------|--|---------------------------|-------------------|
| Artritis | Diabetes | Colesterol alto | Enfermedad hepática | Asma |
| Quimioterapia o radioterapia previa | Trastornos tiroideos | Hipertensión | Enfermedad cardiovascular | Arritmia cardíaca |
| Trastorno convulsivo | Enfermedades del colon | EPOC | Depresión | ACV/Apoplejía |
| Obesidad | Marcapasos | Enfermedad renal/Insuficiencia renal crónica | Úlceras estomacales | TVP/EP/Coágulos |
| Otros trastornos psiquiátricos _____ | | | | |
| Otros trastornos _____ | | | | |

MEDICAMENTOS ACTUALES

| MEDICAMENTO | DOSIS | FRECUENCIA |
|-------------|-------|------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

HÁBITOS: Tabaquismo: Nunca Anteriormente Actualmente Otro (pipa/mascar tabaco)

Si alguna vez usó tabaco, indique el consumo diario y por cuánto tiempo: _____

Cantidad normal de bebidas alcohólicas _____ por día, semana, mes o año (marque una opción)

Consumo recreativo de drogas: Sí No

Exposición ambiental u ocupacional (asbestos, radiación, inhalación de polvo, etc.): _____

Indique si tomó medicamentos para el tabaquismo: Sí No

ANTECEDENTES FAMILIARES

Indique los parientes en primer grado (hermanos, padres e hijos) y segundo grado (abuelos, tíos, nietos, sobrinos y medio hermanos) con antecedentes de cáncer, enfermedades hematológicas, hemorragias o trastornos de la coagulación:

| PARENTESCO | MATERNO | PATERNO | ÓRGANO AFECTADO/TRASTORNO | EDAD EN EL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO |
|------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|------------------------------------|
| _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | _____ |
| _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | _____ |
| _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | _____ |
| _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | _____ |
| _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | _____ |
| _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | _____ |

Indique si tiene otros parientes más distantes con cáncer o enfermedades hematológicas (si necesita más espacio, solicite el formulario de antecedentes genéticos):

Indique si conoce algún pariente consanguíneo que haya tenido o tenga: (marque la opción con un círculo e indique el parentesco):

Enfermedad cardiovascular _____ ACV _____ Hipertensión _____

Enfermedad intestinal _____ Diabetes _____ Trastorno convulsivo _____

Depresión _____ Enfermedad renal _____ Enfermedad pulmonar _____

Indique si suele haber ciertas enfermedades en la familia: _____

MUJERES ÚNICAMENTE

Indique si su ciclo menstrual es normal: Sí No Fecha o año de la última menstruación: _____

Indique si está en la menopausia: Sí No Indique si está comenzando la menopausia: Sí No

Cantidad de embarazos: _____ Indique si tuvo complicaciones o dificultades: _____

Indique si está tomando suplementos hormonales: Sí No

Fecha de:

Colonoscopia _____/_____/_____

Mamografía _____/_____/_____

Papanicolau _____/_____/_____

Vacuna contra la gripe _____(mes/año)

En CPN S/N

Vacuna neumocócica _____(mes/año)