

Historia quirúrgica

¿Se ha sometido a alguna de las siguientes operaciones?

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Extirpación del apéndice | <input type="checkbox"/> Operación de oído | <input type="checkbox"/> Operación de próstata |
| <input type="checkbox"/> Operación del cerebro | <input type="checkbox"/> Endoscopia superior | <input type="checkbox"/> Operación del intestino delgado |
| <input type="checkbox"/> Operación de corazón | <input type="checkbox"/> Operación de ojos | <input type="checkbox"/> Operación de columna vertebral |
| <input type="checkbox"/> Extirpación de la vesícula | <input type="checkbox"/> Reparación de hernia | <input type="checkbox"/> Extirpación de las amígdalas |
| <input type="checkbox"/> Operación de colon | <input type="checkbox"/> Reemplazo de articulaciones | <input type="checkbox"/> Reemplazo de la válvula del corazón |
| <input type="checkbox"/> Colonoscopia | <input type="checkbox"/> Operación ortopédica | <input type="checkbox"/> Vasectomía |
| <input type="checkbox"/> Operación estética | | <input type="checkbox"/> Cesárea |
| <input type="checkbox"/> Otro: | | |

Pruebas de detección médicas

¿Le han hecho alguna de las siguientes pruebas de detección médicas?

- | | | | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|-------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|
| Prueba de detección de cáncer de colon: | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Si la respuesta es sí: | <input type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Anormal |
| | | | | Fecha: | |
| | | | | Tipo de prueba de detección: | |
| Prueba de detección de cáncer de pulmón: | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Si la respuesta es sí: | <input type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Anormal |
| | | | | Fecha: | |
| Densitometría (osteoporosis): | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Si la respuesta es sí: | <input type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Anormal |
| | | | | Fecha: | |
| Mamografía (si corresponde): | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Si la respuesta es sí: | <input type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Anormal |
| | | | | Fecha: | |
| Prueba de Papanicolaou (si corresponde): | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Si la respuesta es sí: | <input type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Anormal |
| | | | | Fecha: | |

Historia familiar

Marque todo lo que corresponda.

	Cáncer (si sabe de qué tipo, escríbalo)	Fallecimiento antes de los 50 años	Depresión	Diabetes	Enfermedad cardíaca	Presión alta	Otro
Madre							
Padre							
Hermana							
Hermano							
Hija							
Hijo							
Otro							

Historia social

Actividad sexual

- ¿Es sexualmente activo? Sí Actualmente no Nunca
- Si la respuesta es sí, ¿usa algún anticonceptivo?..... Sí. ¿Qué tipo? No
- Si la respuesta es sí, ¿quién es su pareja o parejas?..... Mujer Hombre transgénero
 Hombre Otro/no binario
Seleccione todas las que correspondan. Mujer transgénero Prefiero no decir

Alcohol

- ¿Usted bebe alcohol?..... Sí Actualmente no Nunca
- Si la respuesta es sí, ¿cuánto bebe a la semana? Copas de vino: Tragos de licor:
 Latas de cerveza: Otro:

Consumo de sustancias

- ¿Consume sustancias que no le ha recetado su proveedor médico? Sí Actualmente no Nunca
- Si la respuesta es sí, ¿de qué tipo?..... Benzodicepinas Marihuana
 Anfetaminas Metanfetaminas
 Barbitúricos Opioides
 Cocaína Óxido nitroso
 Heroína PCP
 Inhalantes Otro:
 LSD
- Si la respuesta es sí, ¿cuántas veces lo consume por semana? De 0 a 1 De 2 a 3 De 4 a 5 6 o más

Tabaco

- ¿Consume tabaco? Sí Actualmente no Nunca
- Si la respuesta es sí, ¿de qué tipo?..... Cigarrillo Rapé Otro:
 Puro Tabaco para mascar
- Si la respuesta es sí, ¿con qué frecuencia consume tabaco?..... Número de cajetillas por día:
- Si la respuesta es sí o actualmente no, ¿cuándo empezó a consumir tabaco?..... Fecha de inicio aproximada:
- Si la respuesta es actualmente no, ¿cuándo dejó de consumir tabaco?..... Fecha de suspensión aproximada:

Vapeo

¿Vapea?..... Sí Actualmente no Nunca

Si la respuesta es sí, ¿cuántas veces vapea al día? De 0 a 1 De 2 a 3 De 4 a 5 6 o más

Si la respuesta es sí, ¿qué vapea? Nicotina Marihuana
 Otro:

Si la respuesta es sí o actualmente no, ¿cuándo comenzó a vapear? Fecha de inicio aproximada:

Si la respuesta es actualmente no, ¿cuándo dejó de vapear? Fecha de suspensión aproximada:

Tratamientos

Si corresponde, ¿le interesa un tratamiento por mal uso de sustancias?..... Sí No

Medicamentos actuales

Medicamentos	Dosis	Fecha de inicio

Alergias

Alergia	Reacción	Gravedad