

**Formulario de Historial Medico - Adulto (SAS)** Fecha \_\_\_\_\_



Nombre completo \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Sexo:  M  F Raza / Etnicidad: \_\_\_\_\_ Altura \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_

Nombre / dirección / teléfono del médico de cabecera \_\_\_\_\_

Fecha de la última cita: \_\_\_\_\_

Nombre / dirección / teléfono de especialistas médicos: \_\_\_\_\_

- 1) ¿Está siendo tratado por un médico en este momento? Motivo \_\_\_\_\_  Sí  No
- 2) ¿Has estado enfermo en las últimas 6 semanas? \_\_\_\_\_  Sí  No
- 3) ¿Estás tomando algún medicamento (recetado o de venta libre), vitaminas o suplementos dietéticos? .....  Sí  No  
Nombre de la lista, dosis, frecuencia y fecha de inicio: \_\_\_\_\_
- 4) ¿Alguna vez ha sido hospitalizado, se ha operado o tenido una lesión importante, o ha sido tratado en una sala de emergencias?  Sí  No Enumere la fecha y describa: \_\_\_\_\_
- 5) ¿Alguna vez tuvo una reacción o un problema con un anestésico? Describa: \_\_\_\_\_  Sí  No
- 6) ¿Alguna vez tuvo una reacción o alergia a un antibiótico, sedante u otro medicamento? Lista \_\_\_\_\_  Sí  No
- 7) ¿Eres alérgico al látex o a cualquier otra cosa, como metales, acrílicos, colorantes o alimentos? .....  Sí  No  
Lista \_\_\_\_\_

**Marque *SÍ* si su hijo tiene un historial de las siguientes condiciones. *Para cada "SÍ", proporcione detalles en la parte inferior de este formulario.* Marque *NO* después de cada línea si ninguna de esas condiciones le aplican a su hijo.**

- 8) Complicaciones antes o durante el nacimiento, prematuridad, defectos congénitos, síndromes o afecciones hereditarias .  Sí  No
- 9) Problemas con el crecimiento o desarrollo físico .....  Sí  No
- 10) Sinusitis, infecciones crónicas de adenoides / amígdalas .....  Sí  No
- 11) Apnea del sueño / ronquidos, respiración por la boca o sofocar/Atragantar .....  Sí  No
- 12) Defecto congénito del corazón / enfermedad, soplo cardíaco, fiebre reumática o enfermedad cardíaca reumática .....  Sí  No
- 13) Latido irregular del corazón o presión arterial alta .....  Sí  No
- 14) ¿Dificultad para respirar, dolor en el pecho, disnea de esfuerzo, enfermedad de la arteria coronaria, stents, accidente cerebrovascular, marcapasos / desfibrilador? .....  Sí  No
- 15) Asma, enfermedad reactiva de las vías respiratorias, sibilancias o problemas respiratorios .....  Sí  No
- 16) Fibrosis quística .....  Sí  No
- 17) Resfriados o tos frecuentes, o neumonía .....  Sí  No
- 18) ¿Fuma, vape, o usa cualquier otro producto de tabaco? ¿Cuánto po semana? \_\_\_\_\_  Sí  No
- 19) Ictericia, hepatitis o problemas hepáticos .....  Sí  No
- 20) ¿Bebes alcohol? Si es así, ¿cuánto por semana? \_\_\_\_\_  Sí  No
- 21) ¿Usas drogas recreativas? (¿qué tipo? ¿con qué frecuencia?) \_\_\_\_\_  Sí  No
- 22) Enfermedad por reflujo gastroesofágico / ácido (ERGE), úlcera de estómago o problemas intestinales .....  Sí  No
- 23) Intolerancia a la lactosa, alergias a los alimentos, deficiencias nutricionales o restricciones dietéticas .....  Sí  No
- 24) Diarrea prolongada, pérdida de peso involuntaria, problemas de peso o trastornos alimentarios .....  Sí  No
- 25) Problemas de vejiga o riñón .....  Sí  No
- 26) Artritis, escoliosis, uso limitado de brazos o piernas o problemas de músculos / huesos / articulaciones .....  Sí  No
- 27) Sarpullido / urticaria, eczema o problemas en la piel .....  Sí  No
- 28) Deficiencia de visión, audición o habla .....  Sí  No

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_



**Formulario de Historial Medico - Pediatrico (SAS) (página 2)**

- 29) Parálisis cerebral, lesión cerebral, epilepsia o convulsiones / ataques .....  Sí  No
- 30) Trastorno del espectro del autismo / autismo, Síndrome de Down, MR u otros diagnóstico.....  Sí  No
- 31) Dolores de cabeza / migrañas recurrentes o frecuentes, desmayos o mareos .....  Sí  No
- 32) Hidrocefalia o colocación de una derivación (ventriculoperitoneal, ventriculoauricular, ventriculovenosa) .....  Sí  No
- 33) Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (ADD / ADHD) .....  Sí  No
- 34) Problemas / tratamiento conductual, emocional, de comunicación o psiquiátrico .....  Sí  No
- 35) Abuso (físico, psicológico, emocional o sexual) o negligencia .....  Sí  No
- 36) Diabetes, hiperglucemia o hipoglucemia .....  Sí  No
- 37) Problemas hormonales .....  Sí  No
- 38) Problemas de tiroides o pituitaria .....  Sí  No
- 39) Anemia, enfermedad / rasgo de células falciformes o trastorno de la sangre .....  Sí  No
- 40) Hemofilia, magullar/moreton fácilmente o sangrado excesivo .....  Sí  No
- 41) Transfusiones o recepción de productos sanguíneos .....  Sí  No
- 42) Cáncer, tumor, otros tumores malignos, quimioterapia, radioterapia o trasplante de médula ósea u órgano .....  Sí  No
- 43) Mononucleosis, tuberculosis (TB), escarlatina, citomegalovirus (CMV), Staphylococcus aureus resistente a la metilina (SARM), enfermedad de transmisión sexual (ETS) o virus de la inmunodeficiencia humana (VIH / SIDA) .....  Sí  No

**PROPORCIONAR DETALLES AQUÍ:**

---

---

---

---

¿Hay algún otro historial médico significativo relacionado con usted o su familia que deberíamos saber? .....  Sí  No

Describe:

---

---



### **Hoja de instrucciones del paciente – Adulto**

Recibirá medicamentos por vía intravenosa durante su procedimiento operativo. Por lo tanto, es muy importante que cumpla con las siguientes instrucciones. Si tiene alguna pregunta, llame para obtener más instrucciones, con un intérprete si es necesario: (316) 788-5939.

Si tiene una receta para tratamientos de respiración, traiga su inhalador el día del procedimiento.

1. Sin comida por ocho horas antes de su procedimiento. Puede tomar líquidos claros (¡NO leche) hasta tres horas antes de su procedimiento. Una vez en la ventana de 3 horas antes de su cita, absolutamente nada en la boca (ni siquiera cepillarse los dientes).
2. Use ropa cómoda, preferiblemente una camisa o blusa con mangas cortas. Se sugiere tener un cambio de ropa, incluyendo ropa interior como precaución. La sedación podría causar una fuga en la vejiga.
3. Retire el esmalte de uñas de al menos una uña de cada mano.
4. Haga arreglos para el transporte desde la oficina del cirujano a su casa.
5. Después de la cirugía, espere hasta el día siguiente antes de participar en cualquier actividad en la que pudiera disminuir su estado de alerta, el juicio, o la coordinación. Puede causar un problema (esto incluye la conducción).
6. Después de la cirugía, puede tomar medicamentos para el dolor según las indicaciones del cirujano. Sin embargo, evite el alcohol después de la cirugía por 24 horas.
7. Haga arreglos para la asistencia de un adulto por al menos 12 horas después de la cirugía.

He leído las instrucciones anteriores, están claras para mí y acepto cumplirlas.

---

Paciente

---

Firma del paciente o parte responsable

**Envíe por fax o envíe los formularios completos a nuestra oficina tan pronto como sea posible antes de la fecha de servicio. Su cooperación mejorará la seguridad de este procedimiento y es muy apreciada.**