

MEDICAL INFORMATION QUESTIONNAIRE
(Spanish Version)
CUESTIONARIO DE INFORMACIÓN MÉDICA

La precisión de esta información es esencial para brindarle una atención de salud segura.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Altura declarada: _____ Peso declarado: _____

Idioma principal: _____ ¿Necesita intérprete? SÍ NO ¿De qué idioma? _____

Persona para contacto: _____ No. Teléfono Casa () _____ Celular () _____ Trabajo () _____

Facultativo atención primaria: _____

Internista: _____ Última consulta: _____ Cardiólogo: _____ Última consulta: _____

ALERGIAS Y REACCIONES ALÉRGICAS:

¿Tiene reacciones alérgicas a alimentos y/o medicamentos? Especifique (Por favor haga una lista abajo)

Medicamentos: _____ Reacciones: _____

Alimentos: _____

Cinta: _____

Látex: _____

Otro: _____

ENUMERE CIRUGÍAS ANTERIORES: Año Complicaciones Tipo de anestesia

Por favor marque si se ha sometido a los siguientes procedimientos CARDIACOS/MÉDICOS:

Procedimiento Año Dónde se hizo el examen/procedimiento

** Angioplastia/Colocación de stent (De tipo solo metal Liberador de fármaco)

Ecocardiograma

Test de estrés

** Marcapasos/Desfibrilador (modelo/marca #)

Otro, favor especificar: _____

Por favor marque si se le ha dicho que padece alguna de las siguientes condiciones de salud:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hipertensión (> 50 años/>160/100 – EKG) | ** <input type="checkbox"/> Problemas Válvulas Corazón (EKG) | <input type="checkbox"/> Colesterol alto |
| ** <input type="checkbox"/> Ataque al corazón- Fecha: _____ (EKG/CXR) | <input type="checkbox"/> Soplo al corazón | <input type="checkbox"/> Mala circulación |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad arteria coronaria | <input type="checkbox"/> Enfermedad arteria carótida | extremidades inferiores |
| <input type="checkbox"/> Antecedentes familiares de enfermedad al corazón | ** <input type="checkbox"/> Cardiomiopatía | |
| ** <input type="checkbox"/> Angina/Dolor de pecho – Fecha _____ EKG Reciente | ** <input type="checkbox"/> Falla Congestiva al Corazón | <input type="checkbox"/> Dolor o falta de |
| ** <input type="checkbox"/> Arritmias, o sea, A-Fib | ** <input type="checkbox"/> Cirugía a corazón abierto | aire al caminar 2 |
| <input type="checkbox"/> Fiebre reumática | <input type="checkbox"/> Reciente Trauma al pecho | cuadras o subir 1 |
| | | algunos escalones. |

****CIRUJANO-** Considere sí para Consulta Cardiaca ante cualquiera ** (asterisco) de los síntomas previo a Pre-Op Appt



SA000409S

La información con letra en ROJO es solo para uso de la oficina.

La información con letra en ROJO es solo para uso de la oficina.

Nombre del paciente: _____

Por favor marque si se le ha dicho que padece alguna de las siguientes condiciones de salud:

<p><u>PULMONAR</u> (o2 sat<95% en RA- CXR)</p> <p><input type="checkbox"/> Resfrío o influenza reciente</p> <p><input type="checkbox"/> Asma</p> <p><input type="checkbox"/> COPD/Bronquitis/ Enfisema (CXR)</p> <p><input type="checkbox"/> Neumonía</p> <p><input type="checkbox"/> Tuberculosis</p> <p><input type="checkbox"/> Tratada/No tratada (CXR)</p> <p><input type="checkbox"/> Coágulos en pulmón o piernas</p> <p><input type="checkbox"/> Apnea de sueño</p> <p><input type="checkbox"/> CPAP (Llevar Máquina)</p> <p><input type="checkbox"/> Tos crónica</p> <p><input type="checkbox"/> Uso de ___ litros de oxígeno</p>	<p><u>GASTROINTESTINAL</u></p> <p><input type="checkbox"/> Hernia Hiatal</p> <p><input type="checkbox"/> Úlceras</p> <p><input type="checkbox"/> GERD</p> <p><input type="checkbox"/> Reflujo gástrico</p> <p><input type="checkbox"/> Diverticulosis</p> <p><input type="checkbox"/> IBS</p> <p><input type="checkbox"/> Sangramiento GI</p> <p><input type="checkbox"/> Cálculos</p> <p><input type="checkbox"/> Enfermedad hepática *</p> <p><input type="checkbox"/> Hepatitis A, B, o C *</p> <p>* (SGOT/PT/PTT)</p> <p><u>VASCULAR</u></p> <p><input type="checkbox"/> Lupus</p> <p><input type="checkbox"/> Enfermedad de Raynaud</p> <p><input type="checkbox"/> Aneurisma</p>	<p><u>GENITOURINARIO</u></p> <p><input type="checkbox"/> Tracto urinario Infecciones</p> <p><input type="checkbox"/> Cálculos renales *</p> <p><input type="checkbox"/> Enfermedad a la próstata</p> <p><input type="checkbox"/> Prótesis penil</p> <p><input type="checkbox"/> Diálisis *</p> <p><input type="checkbox"/> Incontinencia</p> <p><input type="checkbox"/> Enfermedad renal</p> <p><input type="checkbox"/> Trasplante *</p> <p><input type="checkbox"/> Sangre/Proteína en la orina *</p> <p>* K+/BUN/CR</p>	<p><u>ORTOPEDIA/DOLOR</u></p> <p><input type="checkbox"/> Artritis reumatoidea</p> <p><input type="checkbox"/> Osteoartritis</p> <p><input type="checkbox"/> Dolor crónico</p> <p>Origen: _____</p> <p>Tratamiento _____</p> <p><input type="checkbox"/> Dolor en la espalda</p> <p><input type="checkbox"/> Dolor en el cuello</p> <p><input type="checkbox"/> Articulaciones artificiales</p> <p>Ubicación: _____</p> <p>Fecha: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Osteoporosis</p> <p><input type="checkbox"/> Fibromalgia</p> <p><input type="checkbox"/> Dolor de quijada/TMJ</p>
<p><u>HEMATOLÓGICO (CBC)</u></p> <p><input type="checkbox"/> Anemia</p> <p><input type="checkbox"/> Hemorragias</p> <p><input type="checkbox"/> Enfermedades de la sangre, o sea, Leucemia</p> <p><input type="checkbox"/> Transfusiones de sangre</p> <p><input type="checkbox"/> Propensión a hematomas</p> <p><input type="checkbox"/> Antecedentes de coágulos en la sangre</p> <p><input type="checkbox"/> Ingesta de anticoagulantes (Adelgazantes de la sangre)</p>	<p><u>ENDOCRINO</u></p> <p><input type="checkbox"/> Diabetes (BS)</p> <p><input type="checkbox"/> Hipo/Hipertiroidismo</p> <p><input type="checkbox"/> Hipoglucemia</p> <p><input type="checkbox"/> Problemas suprarrenales (BS)</p> <p><input type="checkbox"/> Bomba de insulina</p> <p><input type="checkbox"/> Uso de esteroide/Prednisona</p>	<p><u>NEUROLÓGICO</u></p> <p><input type="checkbox"/> Derrame cerebral/ miniderrame cerebral</p> <p>Fecha: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Convulsiones (Si toma Fenobarbital, Tegretol, Dilantin o Depakote retirar niveles el día de la cirugía)</p> <p><input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple</p> <p><input type="checkbox"/> Miastenia grave</p> <p><input type="checkbox"/> Parálisis</p> <p><input type="checkbox"/> Debilidad muscular</p>	<p><u>NEUROLÓGICO cont.</u></p> <p><input type="checkbox"/> Dolor de cabeza/Migrañas</p> <p>Desmayos</p> <p><input type="checkbox"/> Adormecimiento/ Hormigueo</p> <p><input type="checkbox"/> Neuropatía</p> <p><input type="checkbox"/> Enfermedad de Parkinson</p>
<p><u>ENFERMEDAD INFECCIOSA</u></p> <p><input type="checkbox"/> MRSA</p> <p>Ubicación _____</p> <p>Eliminada:</p> <p>Por: _____ Fecha _____</p> <p><input type="checkbox"/> VRE</p> <p><input type="checkbox"/> C. Diff</p> <p><input type="checkbox"/> Acinetobacter</p> <p><input type="checkbox"/> Diarrea actual</p>	<p><u>SIQUIÁTRICO</u></p> <p><input type="checkbox"/> Demencia</p> <p><input type="checkbox"/> Esquizofrenia</p> <p><input type="checkbox"/> Sicosis</p> <p><input type="checkbox"/> Depresión</p> <p><input type="checkbox"/> Dependencia de químicos</p> <p><input type="checkbox"/> Ataques de ansiedad/pánico</p> <p><input type="checkbox"/> Bipolaridad/Variaciones del estado de ánimo</p>	<p><u>PEDIÁTRICO(<13AÑOS)</u></p> <p><input type="checkbox"/> Crecimiento y Desarrollo normales</p> <p><input type="checkbox"/> Dientes sueltos</p> <p><input type="checkbox"/> NICU en el nacimiento</p> <p><input type="checkbox"/> Frecuencia</p> <p><input type="checkbox"/> Fiebres/Infecciones</p> <p><input type="checkbox"/> Hospitalizaciones anteriores</p> <p><input type="checkbox"/> Días de hospitalización al nacer _____</p> <p><input type="checkbox"/> Vacunaciones al día</p>	<p><u>GINECOLÓGICO (Solo mujeres)</u></p> <p><input type="checkbox"/> Fecha de última menstruación</p> <p>Ciclo _____ (HCG)</p> <p><input type="checkbox"/> Menopausia</p> <p><input type="checkbox"/> Histerectomía</p> <p><input type="checkbox"/> Ligación de trompas</p> <p><input type="checkbox"/> Embarazo actual</p> <p><input type="checkbox"/> Preeclampsia</p> <p><input type="checkbox"/> Diabetes gestacional</p> <p><input type="checkbox"/> Placenta previa o</p> <p><input type="checkbox"/> Embarazo inducido</p> <p><input type="checkbox"/> Hipertensión o Toxemia</p> <p><input type="checkbox"/> Parto de mellizos/ Nacimiento de nalgas</p>

SAN ANTONIO REGIONAL HOSPITAL
 999 San Bernardino Road, Upland, California 91786

Nombre del paciente: _____

Por favor marque el casillero adecuado en cada sección abajo:

ATENCIÓN DE SALUD GENERAL	SÍ	NO		SÍ	NO
Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Antecedente social:		
Ubicación: _____			Dependencia de químicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Terapia con radiación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Bebe alcohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quimioterapia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cantidad: _____		
Inmunodeficiencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Fuma? Cajetillas/día _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			¿Alguna vez ha fumado? Años _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Fue fumador		
			¿12 meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			¿Consume drogas recreativas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Tipo: _____		
Tiene:	SÍ	NO		SÍ	NO
Vacuna influenza – Fecha _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Antecedentes de hipertermia maligna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vacuna neumonía – Año _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Antecedentes familiares de problemas con anestesia o MH (círculo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Test cutáneo TB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Náusea/Vómitos postoperación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> No sabe					

INFORMACIÓN QUIRÚRGICA:

¿Tiene alguna necesidad específica?	SÍ	NO		SÍ	NO
Audición Izq __ Der __	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Piel:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cataratas visión Izq __ Der __	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Erupción	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glaucoma Izq __ Der __	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herpes zóster	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Legalmente invidente Izq __ Der __	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sarna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Camina independientemente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Usa lentes de contacto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Camina con ayuda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tiene tapaduras, puentes, postizos, o dientes sueltos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parcial Total			¿Se niega a las transfusiones de sangre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Camina con bastón			¿Ha donado sangre para esta operación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Paciente/Padre/Conservador/Tutor _____ Fecha _____ Hora _____

Si es completado por alguien que no es el paciente, indicar relación.

Revisado e ingresado en ICIS por Enfermera Pre-Op _____ Fecha _____ Hora _____