Alamo City Surgeons Physicians | Antecedentes Médicos

Nombre del Paciente: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Alergias (Medicamentos, Látex, Alimentos): _____ _____ _____

Medicamentos/Suplementos	Dosis/Potencia	Cuantas veces al día

Antecedentes Médicos:

Cirugías:
Enfermedad previa u otras enfermedades importantes:

Diabetes: Sí ☐ o No ☐ Hipertensión Arterial: Sí ☐ o No ☐ Antecedentes de Coágulos Sanguíneos: Sí ☐ o No ☐

Cardiopatía/Antecedentes de Ataque Cardiaco: Sí ☐ o No ☐

Antecedentes de Cáncer: Sí ☐ o No ☐ Si la respuesta es sí, Tipo: Año del Diagnóstico:

Mamografía hecha: Sí ☐ o No ☐ Colonoscopía hecha: Sí ☐ o No ☐

Fecha: _____ Fecha: _____

Referido al Proveedor de Cuidado al Paciente: _____ Referido al Proveedor de Cuidado al Paciente: _____

¿Tiene antecedentes de problemas con la Anestesia? Sí ☐ o No ☐

Familia:

Estado de salud o causa de muerte de los padres: _____

Estado de salud o causa de muerte de los(as) hermanos(as): _____

Número de hijos: _____

Antecedentes Familiares de Hemorragia: _____

Antecedentes Familiares de Cáncer: _____ De Mama: _____ De Colon: _____De Tiroides:_____

Antecedentes Familiares de complicaciones por la anestesia: _____

Social:

Estado Civil: Soltero ☐ Casado/Pareja ☐ Viudo ☐ Divorciado ☐ Prefiero no dar una respuesta ☐

Trabajo actual _____

¿Fuma tabaco? Sí ☐ o No ☐ Consume alcohol: Sí ☐ o No ☐ Si la respuesta es sí # de bebidas a la semana: _____

¿Usa drogas recreativas? Sí ☐ o No ☐

¿Alguna vez ha usado agujas para inyectarse drogas? Sí ☐ o No ☐

Los Antecedentes Pasados, Familiares y Sociales (PFSH, por sus siglas en inglés) completos tomados durante un encuentro previo fueron re-examinados y revisados con el paciente. No hay cambios desde la última visita.

Remítase a los antecedentes en la fecha de servicio: _____ **Localizados en la oficina de expedientes médicos.**

Office Use Only:

PFSH: Detailed - requires 1 specific item from 1 of the 3 areas (past, family, social)
Comprehensive - requires at least 1 item from each of the 3 areas
Physician must review history. Physician should state if Relevant or Not Relevant to CC

Physician's Signature: _____ **Date:** _____