

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 Origen: _____ 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 Ubicación: _____ 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 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><input type="checkbox"/> 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 Ubicación _____ Eliminada: 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 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 _____