

**SURGICAL SERVICES HISTORIA INICIAL**

FECHA: \_\_\_\_\_

SS# \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_

<b>A. HISTORIA MEDICA PERSONAL</b>		
Favor de ✓ si ha necesitado tratamiento por cualquiera de lo siguiente:		
Si	No	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas del corazón
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Convulsiones
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas del hígado, incluyendo hepatitis
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes (glucosa alta) con complicaciones
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Apnea del sueño (cortos periodos de tiempo en el cual deja de respirar mientras duerme)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de las glándulas suprarrenales
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas pulmonares, incluyendo asma
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad o infección de Riñón/ Vejiga
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	VIH/SIDA
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastornos hemorrágicos (coagulación inapropiada lo cual provoca sangrado excesivo)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastornos de coagulación de la sangre como, el Factor V. Leiden, trastornos de proteína u otros trastornos genéticos sanguíneos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Ha tenido cirugías en su útero (matriz), incluyendo una operación cesárea? Si su respuesta es Si, explique.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tratamiento de células precancerosas el cuello uterino LEEP
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fibromas o anomalías uterinas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Embolia o derrame cerebral
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Coágulos de sangre (cabeza, Piernas, pecho)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alta presión arterial
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Síndrome de migraña (con o sin dolor de cabeza), con dificultad al hablar, adormecimiento o rápido comienzo transitorio de ceguera de un lado
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Altos niveles de grasa o colesterol en la sangre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de la vesícula
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cáncer
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Planes para una cirugía mayor en el futuro? Si su respuesta es Si, explique:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artritis/ reumatoide
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anorexia/Bulimia
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Fractura de Huesos? Si su respuesta es Si, explique como sucedió.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Osteoporosis
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis de la pelvis
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lupus (SLE)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Infección de la matriz después de dar a luz, después de Aborto o malparto? Si su respuesta es Si, explique:
<b>OTRO:</b>		

<b>B. HISTORIA FAMILIAR</b>		
Madre/ hermana: Ataque al corazón / ataques epilépticos antes de los 65 años de edad: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Padre / hermano: Ataque al corazón / ataques epilépticos antes de los 55 años de edad: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Padre, Madre / hermana(o): historia de coágulos de sangre: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
<b>C. HISTORIA DE EMBARAZOS</b>		
# de embarazos _____		
# de partos _____		
# de cesáreas _____	Fechas: _____	
# de partos vaginales _____	Fechas: _____	
# de abortos electivos _____	Fechas: _____	
# de abortos espontáneos malpartos _____	Fechas: _____	
<input type="checkbox"/> embarazos molar	Fecha: _____	
<b>D. HISTORIA ANTICONCEPTIVA</b>		
¿Qué método anticonceptivo quiere usar?		
Favor de ✓ los métodos usados previamente		
✓	Métodos	Indique cualquier problema
<input type="checkbox"/>	Condones	
<input type="checkbox"/>	Inyección Depo-Provera	
<input type="checkbox"/>	Diafragma / Capuchón	
<input type="checkbox"/>	Implanon	
<input type="checkbox"/>	DIU	
<input type="checkbox"/>	Anillo vaginal (Nuva Ring)	
<input type="checkbox"/>	Pastillas anticonceptivas	
<input type="checkbox"/>	Ortho-Evra "El Parche"	
<input type="checkbox"/>	Ritmo	
<input type="checkbox"/>	Espermicidas	
<input type="checkbox"/>	Esponja	
<input type="checkbox"/>	Ligadura de trompas/esterilización	
<input type="checkbox"/>	Coito Interrumpido	
<b>E. SU ESTADO DE SALUD ACTUAL</b>		
S	N	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Se siente enferma?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Esta tomando medicamentos recetados? Si su respuesta es si, nombre la medicina:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Esta amamantando?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Toma bebidas alcohólicas? ¿Si su respuesta es si, cuando fue la ultima vez que tomo?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Usa drogas recreacionales? ¿Si su respuesta es Si, que clase droga y cuando fue la ultima vez que la uso?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Se desmaya o tiene alguna reacción cuando le sacan sangre?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Fuma cigarrillos?
<b>F. ALERGIAS Y MEDICAMENTOS ACTUALES</b>		
¿Ha tenido reacciones alérgicas a medicamentos/ drogas Anestesia local, yodo, látex, cobre, u otras sustancias?		
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Si su respuesta es Si, explique:		

FAVOR DE VER EL REVERSO DE ESTA PAGINA

Place Client Label Here

**G. PARA MUJERES DE MAS DE 25 ANOS DE EDAD: ASESORAMIENTO SOBRE EL RIESGO DE LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL.**

1. ¿Cuánto tiempo tiene con su pareja sexual?
2. ¿Cuántas parejas sexuales a tenido en los últimos 3 meses?
3. ¿Su pareja sexual, tiene relaciones con alguien mas?  Si  No

Yo certifico que la información que he proveído es correcta y precisa.

\_\_\_\_\_  
Firma del Cliente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Entrevistador

\_\_\_\_\_  
Fecha

**LA SECCIÓN DE ABAJO ES PARA EL USO DEL PERSONAL SOLAMENTE**

**FOR CLIENTS WITH ASTHMA**

- From PPFA Asthma table: Client's asthma is  Severe persistent  Moderate persistent  
 Mild persistent  Mild intermittent
- Has client taken her regularly scheduled medication?  Yes  No
- Does she have her inhaler with her?  Yes  No

**FOR CLIENTS WITH INSULIN-DEPENDENT DIABETES MELLITUS**

- Type of medication: \_\_\_\_\_
- Dosage: \_\_\_\_\_ Frequency: \_\_\_\_\_
- When did she take her last dose of medication: \_\_\_\_\_
- What was her last blood sugar reading? \_\_\_\_\_ When? \_\_\_\_\_
- Does client have her medication with her?  Yes  No
- When did she last eat? \_\_\_\_\_

**FOR CLIENTS WITH SEIZURE DISORDERS**

- Are seizures well controlled?  Yes  No
- When was the last medication dose? \_\_\_\_\_
- When did the last seizure occur? \_\_\_\_\_

Place Client Label Here