Surgery Center of Reno

HISTORIA MÉDICA DEL PACIENTE

ALERGIAS:

	SI	NO
1. Usted o un miembro de la familia ha tenido una fiebre alta inexplicada durante o después de cirugía? Explique:		
2. Usted o un miembro de su familia ha tenido una complicacíon de la anestesia? Explique:		
3. Tiene alergia o es sensible al látex?		
4. Deja de respirar cuando esta dormido?		
5. Bebe alcohol?		
6. Cuanto por dia?		
7. Usa drogas adictivas?		
8. Fuma?		
9. Cuanto por dia?		
10. Esta embarazada?		
11. La fecha de ultimo periodo menstrual:		
12. Toma medicamento para adelgazar la sangre o aspirina? Si ❑ No ❑ Especifique:		
13. Ha tenido un EKG anormal? ❑		
14. Ha tenido anormal radiografía de tórax (pecho)? ❑ Explique:		

Usas:	SI	NO
15. Dentaduras		
16. Lentes de contacto (lentillas)		
17. Perforaciones en el cuerpo?		

PARA NIÑOS	SI	NO
18. Esta al corriente de inmunizaciones (vacunas)?		
19. Recientemente expuesto a una enfermedad contagiosa?		
20. Problemas/prematuro de embarazo al nacer?		
21. El desarrollo apropiado para la edad?		
22. Pecho Botella(Biberón) Vaso		
23. Alergias particulares en la comida?		

Tiene o tuvo:	SI	NO
Si, "Si" describa por favor.		
24. Diabetes		
Toma Insulina ❑ Medicaciones Orales❑ Dieta ❑		
25. Enfermedad Cardiaca:		
26. Hipertensión (Presión alta)		
27. Marcapasos		
28. Asma		
29. Enfermedades Pulmonares:		
30. Enfermedad de Riñones:		
Le practican Diálisis		
31. Problemas de sangrado o coagulación		
32. Enfermedad tiroides		
33. Acidez severa		
34. Ataques o epilepsia		
35. Embolia		
36. Problemas de espalda o cuello		
37. Dolores de cabeza severos		
38. Glaucoma		
39. Huesos rotos faciales		
40. Sida o VIH positivo		
41. Tuberculosis		
42. Infección de staph (MRSA)		
43. Vancomycin Resistante Enterococcus (VRE)		

44. Si le han practicado anote por favor las cirugías y las fechas en los últimos 10 años:

45. Anote por favor el nombre de todos sus médicos:

Comentarios:

If pre-registered, RN signature _____

VISITA INICIAL

Paciente/Guardián firma

Hora/fecha

Reviewed by Pre-Op RN Signature

SEGUNDA VISITA No Change ❑

Paciente/Guardián firma

Hora/fecha

Reviewed by Pre-Op RN Signature

TERCERA VISITA No Change ❑

Paciente/Guardián firma

Hora/fecha

Reviewed by Pre-Op RN Signature

patient label