

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Fecha de la lesión: \_\_\_\_\_ Motivo de la lesión: \_\_\_\_\_

Médico de atención primaria: \_\_\_\_\_ N°. telefónico del médico: \_\_\_\_\_

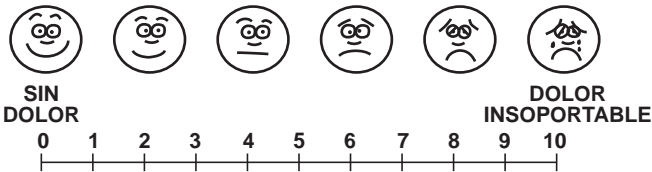
¿Cómo supo de nosotros? \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Estatura \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_

¿Tiene alergia a algún medicamento?  Sí  No

Medicamentos de uso actual (Indique el nombre, la dosis y la frecuencia)

Alergia:	Reacción:


Evalúe la intensidad del dolor (encierre en un círculo):



Ubicación del dolor: \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES MÉDICOS (Marque todos los recuadros que correspondan e indique el problema específico y el año)**

	Sí	No		Sí	No		Sí	No
Alergias estacionales			Problemas de coagulación (p. ej., factor V)			Enfermedad periferovascular		
Problemas con los senos nasales			Embolia pulmonar (EP)			Hipertensión arterial		
Enfermedad pulmonar (p. ej., asma)			Trombosis venosa profunda (TVP)			Colesterol alto		
Uso de inhaladores			Enfermedad de la tiroides			Enfermedad cardíaca o ataque cardíaco		
Apnea del sueño/CPAP/BiPAP			Convulsiones			Trastornos de la salud mental		
Tuberculosis			Migrañas			Depresión, ansiedad, bipolaridad		
Osteoporosis			Problemas renales/diálisis			Otro:		
Diabetes mellitus			Enfermedad hepática (p. ej., hepatitis)					
Cáncer (tipo: _____)			Artritis (lugar: _____)					

**ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS (Marque todos los recuadros que correspondan e indique la zona específica y el año)**

	Sí	No		Sí	No		Sí	No
Operación del hombro			Extirpación de la vesícula biliar			Endarterectomía		
Operación del codo			Histerectomía			Marcapasos o desfibrilador		
Operación de la mano/la muñeca			Apendicectomía			Stent(s) coronario(s)		
Operación de la cadera			Amigdalectomía			Intervención de bypass coronario (CABG)		
Operación de la rodilla			Cesárea (número: _____)					
Operación del pie/el tobillo			Mastectomía			Reacción adversa a la anestesia		
Operación de la columna vertebral			Reparación de hernias			Otro:		
Operación oftálmica			Operación de la tiroides					

Usted es:  diestro  zurdo

¿Ha sufrido alguna caída el año pasado?  Sí  No

Antecedentes personales o familiares de:

Tomar en cuenta estos aspectos culturales o religiosos:

Coágulos de sangre  Problemas de coagulación  Problemas con la anestesia

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Se siente seguro en su hogar?  Sí  No



Clínica para pacientes  
con quemaduras

Patient Questionnaire/  
Cuestionario del paciente

**Patient Information/Label**

**ANTECEDENTES FAMILIARES (marque si corresponde)**

	Problemas con la anestesia	Trastornos hemorrágicos	Enfermedades cardíacas	Diabetes	Cáncer	Accidentes cerebrovasculares	Con vida	Fallecimiento y causa de la muerte	Edad a la que falleció:
<b>Madre</b>									
<b>Padre</b>									
<b>Hermanos</b>									

**Consumo de alcohol:**  Yes  No

Vasos al día: \_\_\_\_\_ Vasos a la semana: \_\_\_\_\_ Vasos al mes: \_\_\_\_\_

**Tipo de alcohol:**  Cerveza  Vino  Licor

**Consumo de tabaco:**  Yes  No Cajetillas al día: \_\_\_\_\_

Desde cuándo: \_\_\_\_\_ Fecha en la que dejó de fumar: \_\_\_\_\_

Tipo:  Cigarrillos  Cigarrillos electrónicos  Pipa  
 Cigarros  Tabaco para mascar

**¿Está embarazada?**  Sí  No

**¿Tiene hijos?**  Sí  No

**¿Cuántos?** \_\_\_\_\_ **Edad(es)** \_\_\_\_\_

**Consumo de marihuana:**  Sí  No Frecuencia: \_\_\_\_\_

**Estado civil:**  Soltero  Casado  Divorciado  Viudo

**Consumo de drogas:**  Sí  No Tipo: \_\_\_\_\_

**Profesión:** \_\_\_\_\_

**EVALUACIÓN SISTÉMICA: A CONTINUACIÓN, INDIQUE SI PRESENTA ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS EN ESTE MOMENTO:**

**Estado de salud en general**

Salud en general (marque uno):  BUENA  REGULAR  MALA

Pérdida o aumento involuntario de peso  Sí  No

Fiebre  Sí  No

Sensación extraña de agotamiento  Sí  No

**Ojos y vista**

Enfermedad o lesión ocular  Sí  No

Visión borrosa o doble  Sí  No

**Oídos, nariz y garganta**

Problemas con los senos nasales  Sí  No

Mal aliento o sabor amargo en la boca  Sí  No

Cambios en la voz  Sí  No

**Corazón y cardiovascular**

Dolor de pecho  Sí  No

Presión en el pecho  Sí  No

Pesadez en el pecho  Sí  No

Cambios repentinos en los latidos cardíacos  Sí  No

Hinchazón de la pierna  Sí  No

**Aparato respiratorio**

Tos frecuente  Sí  No

Tos sanguinolenta  Sí  No

Falta de aire  Sí  No

**Sistema digestivo**

Acidez estomacal  Sí  No

Dificultad para tragar  Sí  No

Náuseas  Sí  No

Vómitos  Sí  No

Vómitos sanguinolentos  Sí  No

Úlceras estomacales  Sí  No

Diarrea  Sí  No

Estreñimiento  Sí  No

Heces sanguinolentas  Sí  No

Dolor estomacal  Sí  No

**Aparato genitourinario**

Micción frecuente o con dolor  Sí  No

Micción con ardor  Sí  No

Micción sanguinolenta  Sí  No

**Aparato locomotor**

Artritis/dolor en las articulaciones/debilidad  Sí  No

Calambres en las pantorrillas  Sí  No

**Neurología**

Dolores de cabeza frecuentes o recurrentes  Sí  No

Parálisis  Sí  No

Adormecimiento o sensación de hormigueo  Sí  No

**Sistema integumentario**

Soriasis  Sí  No

Eccemas  Sí  No

Salpullido  Sí  No

Ampollas  Sí  No

Reacciones alérgicas  Sí  No

**Psiquiatría**

Pérdida de la memoria o aturdimiento  Sí  No

Nerviosismo/ansiedad  Sí  No

**Sistema endocrino**

Problemas con la tiroides  Sí  No

Intolerancia al calor o al frío  Sí  No

Pérdida del cabello  Sí  No

**Sistema hematológico/linfático**

Anemia o recuento sanguíneo bajo  Sí  No

Formación de moretones con facilidad  Sí  No

Transfusiones sanguíneas en el pasado  Sí  No

Cuántas unidades: \_\_\_\_\_

Cuándo: \_\_\_\_\_

Inflamación en las glándulas linfáticas  Sí  No

Lugar: \_\_\_\_\_

**Problemas renales**

Dolor lateral:  Sí  No

Firma del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_



**Clínica para pacientes con quemaduras**

**Patient Questionnaire / Cuestionario del paciente**



**Patient Information/Label**