

**Fecha de hoy:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nombre completo**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Número de Seguro Social**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Edad:** \_\_\_\_\_\_\_ **Sexo**: Masculino Femenino \_\_\_\_\_\_

**Dirección**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Teléfono de casa**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Teléfono móvil**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Método de contacto preferido:** Teléfono Correo electrónico

**Dirección de correo electrónico *(obligatorio):*** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Estado Civil:** Soltero Casado Divorciado Viuda Other\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nombre y teléfono del cónyuge:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Raza:**  Blanco Negro Nativo Asiático Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Grupo étnico:**  Hispano No Hispano

**Idioma: Inglés**  Español Other\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Paciente Empleador:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Médico de Atención Primaria:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Clínica:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Médico remitente:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Clínica:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nombre y ciudad de la farmacia:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Si el paciente tiene 18 años de edad o menos:**

Nombre madre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre padre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Historia Social:**

**Fumar:** Nunca fumado Fumador actual Paquete por day\_\_\_\_\_ Ex fumador años smoked\_\_\_\_\_

**Alcohol:** no menos de 1 bebida/día 1-2 bebidas/día 3 o más/día

 Mujeres: ¿Cuántas veces en el último año has tomado 4 o más tragos al día \_\_\_\_\_

 Hombres: ¿Cuántas veces en el último año han tomado 5 o más tragos al día \_\_\_\_\_

**¿Consumes drogas recreativas?** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Antecedentes familiares:**

¿Tiene antecedentes familiares de enfermedad de la tiroides? Si N ¿qué pariente? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Tienes antecedentes familiares de cáncer de piel? Si N ¿qué pariente? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Antecedentes familiares de alguna complicación de la anestesia? Si N ¿qué pariente? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Fecha de hoy:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Nombre paciente:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Lista de medicamentos:** (incluya la dosis y los medicamentos/suplementos de venta libre)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Alergias:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Historial Médico General**: (marque todo lo que corresponda pasado o presente)

Asma Apnea del sueño COPD CPAP Problemas de sangrado/coagulación AIDS/HIV

Hepatitis Presión arterial alta Antecedentes de fibrilación auricular Osteoporosis

Antecedentes de accidente cerebrovascular Enfermedad renal Migraña

Diabetes Anestesia complications\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Corazón surgery\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Marcapasos (por favor muestre la tarjeta) Articulación replacement\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Otro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Otro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Solo pacientes de 64 años o más:***

**¿Tiene un apoderado para el cuidado de la salud?** (un documento legal que designa a alguien para que tome decisiones de atención médica en su nombre)

 No

Sí, sírvase proporcionar detalles:

 Nombre:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Teléfono #: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**¿Tiene un testamento vital?** Sí No (Un documento legal que especifica los tratamientos médicos que usted querría o no recibiría si no puede tomar decisiones por sí mismo. También describe las preferencias para otras decisiones médicas, como el manejo del dolor o la donación de órganos)

**¿Qué declaración(es) refleja(n) mejor sus deseos sobre las recomendaciones de atención avanzada?**

 No intubar: No deseo tener un tubo de respiración, incluso si es necesario para salvar mi vida.

 No resucitar: Si mi corazón se detuviera, no desearía tener compresiones torácicas o un Desfibrilador

 externo automático para reiniciar mi corazón, incluso si es necesario para salvar mi vida.

 Reanimación cardiopulmonar completa: Quiero que se realicen esfuerzos de reanimación

 cardiopulmonar completa.

**¿Te has vacunado contra la neumonía antes de cumplir 60 años??** Sí No

Firma del paciente/ parte responsible fecha