

SURGERY ASSOCIATES OF NORTH TEXAS  
HISTORIA CLÍNICA

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

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_

---

Alguna vez le diagnosticaron: \_\_\_diabetes \_\_\_cirrosis \_\_\_hepatitis \_\_\_trombosis venosa profunda  
\_\_\_EPOC \_\_\_insuficiencia cardíaca congestiva \_\_\_cardiopatía \_\_\_asma \_\_\_transfusiones de sangre

**Enumere cualquier otra afección médica:**

**Enumere todas las cirugías a las que se ha sometido:**

¿Es alérgico al látex o la cinta adhesiva? \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha tenido problemas con la anestesia? SÍ NO

En caso afirmativo, explique:

---

**ALERGIAS A MEDICAMENTOS:** \_\_\_\_\_

**MEDICAMENTOS:** Incluya también los suplementos. (O brinde una copia de su lista de medicamentos).

---

**ANTECEDENTES FAMILIARES** (Parientes con hipertensión, cardiopatía, diabetes, aneurisma aórtico, cáncer, etc.):

---

¿Bebe alcohol? \_\_\_NO \_\_\_Sí \_\_\_A diario \_\_\_Semanalmente \_\_\_De vez en cuando

¿Consume tabaco? \_\_\_Sí \_\_\_Fuma \_\_\_Masca ¿Cuánto por día? \_\_\_\_\_

¿Desde hace cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

\_\_\_Jamás fumó \_\_\_Fumó en el pasado ¿Cuánto tiempo hace que dejó? \_\_\_\_\_

¿Usa drogas ilegales? \_\_\_NO \_\_\_Sí ¿Drogas intravenosas ilegales? \_\_\_NO \_\_\_Sí

---

¿Está embarazada? \_\_\_NO \_\_\_Sí \_\_\_No está segura

Fecha de su última menstruación \_\_\_\_\_

Cantidad de embarazos: \_\_\_\_\_ Cantidad de nacimientos con vida: \_\_\_\_\_

Cantidad de abortos espontáneos: \_\_\_\_\_