

Memorial Hermann Medical Group

Historial médico del nuevo paciente - Cirugía Colorectal

Fecha actual: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Correo electrónico: _____

Motivo de su visita: _____

¿Cómo se enteró de nosotros? _____

ESPECIALISTAS

Haga una lista de los médicos a los que acude.

Especialidad

HISTORIAL MÉDICO FAMILIAR

Marque los casilleros que indican las afecciones en su familia.

AFECCIÓN	PADRE	MADRE	HERMANO	HERMANA	OTROS
Trastorno autoinmune					
Cáncer (¿de qué tipo?)					
Colitis					
Cáncer colorectal					
Diabetes					
Ataque cardíaco (¿a qué edad?)					
Hipertensión					
Colesterol elevado					
Enteropatía inflamatoria idiopática					
Pólipos en el colon					
Enfermedad tiroidea					
Accidente cerebrovascular					
Otros					

**MEMORIAL
HERMANN**

New Patient Medical History -
Colorectal Surgery



ANTECEDENTES MÉDICOS PREVIOS

Marque todas las afecciones que correspondan.

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Enfisema (EPOC) | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Ataque cardíaco (¿a qué edad?) _____ | <input type="checkbox"/> Apnea obstructiva del sueño |
| <input type="checkbox"/> Trastorno sanguíneo o de coagulación | <input type="checkbox"/> Enfermedades cardíacas (arterias bloqueadas) | <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular |
| <input type="checkbox"/> Cáncer: _____ | <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca | <input type="checkbox"/> Enfermedad tiroidea |
| <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Hipertensión | <input type="checkbox"/> Otras: _____ |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Colesterol elevado | _____ |

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

Enumere todas las intervenciones quirúrgicas a las que se haya sometido.

Fecha

	Fecha

MANTENIMIENTO DE LA SALUD

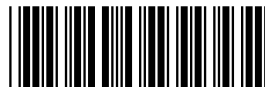
¿Se ha realizado estas pruebas?

Si la respuesta es "sí", indique la fecha (mes/día/año) y los resultados. No

Prueba de densidad ósea		
Examen de COVID		
Vacuna contra COVID		
Prueba de detección de cáncer de colon		
o colonoscopia		
o prueba inmunoquímica fecal (PIF en ADN) (por ejemplo: Cologuard)		
o análisis de sangre oculta en la materia fecal (FOBT) (por ejemplo: Hemoccult Sensa)		
u otra: mencione nombre de la prueba		
Examen de ojo diabético		
Mamografía		
Citología vaginal		

MEMORIAL
HERMANN

New Patient Medical History -
Colorectal Surgery



HISTORIAL SOCIAL

Consumo de tabaco: Actualmente, todos los días Actualmente, algunos días Anteriormente Nunca

Tipo (si corresponde): _____

Exposición al humo

del tabaco: Ninguna En el trabajo En casa

Si es fumador o exfumador, ¿ha fumado el año pasado? Sí No

Consumo de alcohol: * El año pasado, ¿cuán seguido bebió un trago con alcohol?

Nunca Una vez al mes o menos 2 a 4 veces al mes
 2 a 3 veces a la semana 4 o más veces a la semana

* El año pasado, ¿cuántos tragos tomaba en un día típico cuando bebía?

1-2 3-4 5-6 7-9 10 o más

* El año pasado, ¿cuán seguido bebió 6 o más tragos en una misma ocasión?

Nunca Menos de una vez al mes Una vez al mes
 Cada semana Cada día o casi cada día

* Tipo de alcohol: Cerveza Vino Licor

Consumo de sustancias: Actual Pasado Nunca

Tipo (si corresponde): _____

Ejercicio: No realizo actividad Actividad ligera Actividad moderada Actividad vigorosa/intensa

Si realiza ejercicio, ¿cuántas veces a la semana? _____

Si realiza ejercicio, ¿cuántos minutos por sesión? _____

Ocupación: _____ Estudiante Jubilado Desempleado

HISTORIA OBSTÉTRICA

¿Alguna vez ha estado embarazada? N/A No Sí

En caso afirmativo, haga una lista de sus embarazos aquí:

FECHA/AÑO	SEMANAS AL NACER	PARTO: VAGINAL, POR CESÁREA, PÉRDIDA DEL EMBARAZO, ETC.	SEXO DEL NIÑO

¿Tuvo alguna complicación durante sus embarazos? N/A No Sí

En caso afirmativo, describa: _____

MEMORIAL
HERMANN

New Patient Medical History -
Colorectal Surgery



MEDICAMENTOS

- No tomo ningún medicamento.
- Traje una lista de mis medicamentos desde mi casa. [No es necesario que anote los medicamentos si trajo una lista completa].

Haga una lista de todos los medicamentos antes de la evaluación. Esto incluye medicamentos de venta libre, medicamentos alternativos, a base de hierbas y con receta.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	DOSIS	¿CANTIDAD DE COMPRIMIDOS QUE DEBE TOMAR A LA VEZ?	¿CUÁNTAS VECES AL DÍA?	MÉDICO	¿LOS CONSUME SEGÚN LAS INDICACIONES?
Ejemplo: <i>Paracetamol</i>	<i>100 mg</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>Dr. Smith</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Anticoagulantes encierre en un círculo el medicamento que corresponda:

Plavix/clopidogrel, Coumadin/warfarina, Aspirina de 81/325, Eliquis/apixaban, Brilinta/ticagrelor, Lovenox/enoxaparina, Persantin/dipiridamol, Ticlid/ticlopidina, Otro: _____

Farmacia local: _____ Número de teléfono: _____

Farmacia de servicio por correo: _____ Número de teléfono: _____

ALERGIAS

- No hay alergias conocidas

MEDICAMENTOS/ALIMENTOS/MEDIOAMBIENTE	REACCIÓN	GRAVEDAD
		<input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave
		<input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave
		<input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave
		<input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave
		<input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave
		<input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave
		<input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave

He completado lo anterior según mi conocimiento.

- a.m.
 p.m.

Firma del paciente/Tutor

Nombre en letra imprenta

Relación con el paciente

Fecha

Hora

**MEMORIAL
HERMANN**

New Patient Medical History -
Colorectal Surgery

