



FORMULARIO DE ANTECEDENTES MÉDICOS

La siguiente encuesta nos ayudará a cuidarlo mejor

Nombre: _____

Apellido: _____

Fecha de cirugía: _____

Marque antecedentes médicos

Diabetes

Presión alta

Trastornos cardíacos

Trastornos pulmonares

Trastornos renales (riñones)

Trastornos neurológicos

Trastornos hematológicos (sangre)

Trastornos reumatológicos

otros _____

¿Padece alguna enfermedad? SI NO ¿Cuál/es? _____

¿Padece algún trastorno o antecedente ocular previo a su problema actual? SI NO

¿Cuál? _____

¿Presenta antecedente de alergias? SI NO

Enumere a qué es alérgico _____

¿Esta anticoagulado o visita regularmente a un hematólogo? SI NO

Enumere la medicación que toma habitualmente _____

¿Se ha realizado operaciones previamente? SI NO ¿Cuáles? _____

¿Alguna vez tuvo algún problema con la anestesia? SI NO

¿Presenta algún antecedente o síntoma que cree conveniente que conozcamos?
