



## FORMULARIO DE ANTECEDENTES MÉDICOS

1

Las siguientes preguntas nos ayudarán a cuidarlo mejor. Responda con el mayor detalle posible. Deberá llevar este formulario **COMPLETO** al Centro de Cirugía el día de la operación, junto con los Estudios Prequirúrgicos.

**SI NO**

- ¿Padece alguna enfermedad?
- Presión arterial alta
- Diabetes  
¿Cuánto tiempo aprox. pasó desde el diagnóstico? (años) \_\_\_\_\_
- ¿Usa insulina?
- Enfermedad cardíaca  
¿Cuál? \_\_\_\_\_
- Enfermedad de la sangre  
¿Cuál? \_\_\_\_\_
- Está anticoagulado (Simtron o similar)
- Enfermedad renal (riñones)  
¿Cuál? \_\_\_\_\_
- Cáncer  
¿Tipo? \_\_\_\_\_ ¿Recibió quimioterapia? **SI**  **NO**  ¿Recibió radioterapia? **SI**  **NO**
- Enfermedad de la próstata  
¿Cuál? \_\_\_\_\_ ¿Toma Tamsulosina?
- Enfermedad respiratoria  
¿Cuál? \_\_\_\_\_
- Enfermedad inmunológica/reumatológica/autoinmune  
¿Cuál? \_\_\_\_\_



## FORMULARIO DE ANTECEDENTES MÉDICOS

2

**SI** **NO**  
  Enfermedad de la tiroides  
¿Cuál?

¿Padece otras enfermedades?  
¿Cuáles?

Enumere toda la medicación que toma habitualmente

---

---

---

---

¿Padece algún trastorno o antecedente ocular previo a su problema actual?  
¿Cuál?

¿Presenta antecedente de alergias?  
Enumere a qué es alérgico \_\_\_\_\_

¿Se ha realizado cirugías previamente?  
¿Cuáles? \_\_\_\_\_

¿Alguna vez tuvo algún problema con la anestesia?  
¿Cuál? \_\_\_\_\_

¿Presenta algún antecedente o síntoma que crea conveniente que conozcamos?  
¿Cuál? \_\_\_\_\_