

Historia Medica del Paciente Beacon Orthopaedics & Sports Medicine

Nombre: _____ Edad: _____ FDN: _____ Fecha: _____

Dolencia Principal: _____

Es esto debido a una lesion, herida o accidente? Si _____ No _____ Fecha de la herida, lesion o accidente: _____

El accidente ocurrio en el trabajo? Si _____ No _____ La herida a sido tratada? Si _____ No _____ Si la respuesta es si, como a sido tratada y por quien? _____

Ha tenido similares heridas, antes? Si _____ No _____ Por favor explique: _____

Peso actual: _____ Peso hace un ano: _____ Estatura: _____ Presion: _____ Ocupacion: _____

Soltero/a _____ Casado/a: _____ Viudo/a: _____ Divorciado/a: _____ Vive usted solo/a? Si _____ No _____

Pasatiempos/Deportes: _____ Fuma? Si _____ No _____ Si contesta si, cuantos cigarillos por dia? _____

Consumo usted alcohol? Si _____ No _____ Cuanto por semana? _____

Nombre de su Doctor Familiar: _____

Tiene alergia a alguna medicina: _____

Tiene alergia a latex? Si _____ No _____

Que medicina toma actualmente: _____

Previas hospitalizaciones o cirujias: _____

Problemas medicos que haya tenido antes: _____

A tenido alguna vez transfusion de sangre? Si _____ No _____ Si contesta si cuando? _____

POR FAVOR USE LA PARTE DE ATRAS DE ESTE FORMULARIO PARA ANADIR MAS INFORMACION

A tenido usted o algun miembro de su familia una de las siguientes condiciones (por favor chequee todas las que aplican):

	Usted Si No	Madre Si No	Padre Si No	Hijos/Otros Si No	
Enfermedades del Corazon	_____	_____	_____	_____	Para mujeres solamente: Embarazada? Si _____ No _____ Ultimo Periodo Menstrual: _____
Presion Alta	_____	_____	_____	_____	
Infarto	_____	_____	_____	_____	
Cancer	_____	_____	_____	_____	
Glucoma	_____	_____	_____	_____	Hay otras enfermedades serias o condiciones que afectan a usted o su familia de las cuales nosotros debemos saber? Si _____ No _____
Diabetes	_____	_____	_____	_____	
Epilepsia/Convulsiones	_____	_____	_____	_____	
Hemorragia	_____	_____	_____	_____	
Enfermedad de Tyroide	_____	_____	_____	_____	
Enfermedad Mental	_____	_____	_____	_____	
Osteoporosis	_____	_____	_____	_____	
Tuberculosis	_____	_____	_____	_____	
Enfermedad al Rinon	_____	_____	_____	_____	

Por favor chequee si usted a tenido los siguientes sintomas (por favor cheque todas las que aplican):

Constitucional <input type="checkbox"/> Fiebre <input type="checkbox"/> Perdida de Peso <input type="checkbox"/> Fatiga	Ojos <input type="checkbox"/> Doble Vision <input type="checkbox"/> Vision Borrosa <input type="checkbox"/> Trauma	Oido/Boca <input type="checkbox"/> Sordera <input type="checkbox"/> Sinusitis <input type="checkbox"/> Ruido en los oidos <input type="checkbox"/> Mareos <input type="checkbox"/> Problema de Balance	Cardiovascular <input type="checkbox"/> Dolor al Pecho <input type="checkbox"/> Rumor Cardiaco <input type="checkbox"/> Presion Alta <input type="checkbox"/> Ataque al Corazon <input type="checkbox"/> Ritmo Irregular	Respiratorio <input type="checkbox"/> Corto de Respiracion <input type="checkbox"/> Enfermedades del Pulmon <input type="checkbox"/> Bronquitis <input type="checkbox"/> Pulmonia
Intestinal <input type="checkbox"/> Cambio de Peso <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Extremimiento <input type="checkbox"/> Ulcera <input type="checkbox"/> Problemas de Vesicula <input type="checkbox"/> Cambio de Deposicion	Urologia <input type="checkbox"/> Perdida de Orina <input type="checkbox"/> Enferm. de Prostata <input type="checkbox"/> Dolor al Orinar <input type="checkbox"/> Orinar con Frecuencia <input type="checkbox"/> Piedras al Rinon	Musculatorio <input type="checkbox"/> Fractura <input type="checkbox"/> Dolor <input type="checkbox"/> Hinchazon <input type="checkbox"/> Arthritis <input type="checkbox"/> Espasmos/Calambre <input type="checkbox"/> Gota <input type="checkbox"/> Reumatismo	Neurologico <input type="checkbox"/> Convulsiones/Epilepsia <input type="checkbox"/> Debilidad <input type="checkbox"/> Infarto <input type="checkbox"/> Dolor de Cabeza <input type="checkbox"/> Desmayo <input type="checkbox"/> Perdida del conocimiento	Psiquiatrico <input type="checkbox"/> Depresion <input type="checkbox"/> Problemas de Sueno <input type="checkbox"/> Problemas de Memoria
Vascular <input type="checkbox"/> Coagulos de Sangre <input type="checkbox"/> Mala Circulacion	Hematologo <input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Nodulos Limfaticos <input type="checkbox"/> Sida	Alergia/Inmunologia <input type="checkbox"/> Fiebre del Eno <input type="checkbox"/> Dermatitis	Piel/Pecho <input type="checkbox"/> Abnormalidad de Pecho <input type="checkbox"/> Cambio de Piel/Cabello	

SUMMIT CENTRO DE CIRUJIA
501 E-Business Way
Cincinnati, Ohio 45241
(513) 354-3738 FAX:(513)3543707

PREPARACION PARA EL RETORNO A CASA

Tiene usted a alguien que lo ayude cuando regrese a casa? Estos arreglos deben ser hechos antes de su operacion o cirujia. Si usted no esta seguro de las restricciones que debe tener, por favor pregunte. Necesitara usted ayuda con las compras, mandados, manejar, o regresar a la oficina del Doctor?

MENORES

Cualquier persona menor de 18 anos debe ser acompañada por sus padres o guardian legal a firmar el consentimiento de operacion.

CAMBIO DE ESTADO DE SALUD

Notifique a su cirujano si usted tiene cualquier cambio significativo en su estado de salud, o si le da un resfriado, gripe, o infeccion a la vejiga, diarrea, o cualquier otra infeccion antes de su operacion. Porfavor notifique a su cirujano si tiene cualquier rojez, hinchazon o erupciones en la piel en la parte donde tendra la operacion.

INSTRUCCIONES DE MEDICAMENTOS ANTES DE LA OPERACION

A menos que especificamente haya recibido instrucciones de su Cirujano o anasteciologo, por favor observe las siguientes instrucciones para tomar su medicina antes de la operacion.

Dos semanas antes de la Operacion:

Deje de tomar Vitamina E y toda preparacion herbario.

Una semana antes de la Operacion:

Deje de tomar aspirina y toda medicina que tenga aspirina (por ejemplo, Anacin, Exedrin, Pepto-Bismol).

Mire por el lado de afuera de la botella de su medicina si este contiene Aspirina o Salicylate.

Cinco dias antes de la Operacion:

Deje de tomar medicinas que sean anti-inflamatorias, que no tengan esteroides (por ejemplo, Etodolac{Lodine}, fenoprofen{Nalfon}, ibuprofen {Advil, Motrin, Nuprin}, ketorolac {Torado}, meclofenamate {Meclomen} mefenamic Acid {Ponestl}, naproxen {Anaprox} Naprosyn,Aleve).

Absolutamente nada de tomar o comer despues de la medianoche de la noche anterior a la Operacion. (excepciones: medicinas indicadas abajo).

En la manana de la Operacion:

NO TOME medicina digitalis (por ejemplo: Chrystodigin, Diogxin, Lanoxin)

NO TOME medicina oral antidiabetica (por ejemplo: chlorpropamide{Diabinese}, glyburide{Diabeta, Glynase}, gypizide {Glucotrol}, tolazamide {Tolinase}, tolbutamide {Orinase}).

Si usted normalmente toma insulina, DEJE DE TOMARLA la manana de la Operacion. Traigala con usted al Centro de Cirujia y asegurese de avisarle a la enfermera y al anasteciologo (antes de la operacion) de que usted no la a tomado pero que la trajo con usted

Si su cirujia esta programada para la tarde, por favor llame a su Doctor familiar y pregunte la dosis que debe tomar y a que hora la debe tomar.

Quitese todos los parches que contengan Nicotina (Nicoderm).

TOME todas las medicinas que sean para el corazon (excepto Digitalis) y todas las medicinas que sean para la presion alta solo con un sorbo de agua.

NO TOME medicinas que sean Diureticas.

USE SU INHALADOR para el asma y traigalo con usted al Centro de Cirujia.

TERAPIA FISICA DESPUES DE LA OPERACION

Usted necesitara hacer una cita para su primera terapia fisica que comience dos o tres dias despues de la Operacion. Por favor haga estas citas con anticipacion para asegurarse que su terapia comenzara en el tiempo indicado. El Cirujano le dara una prescripcion para esta terapia. Por favor asegurese de llevar esta prescripcion con usted a su primera visita de terapia despues de la operacion. La prescripcion es requerida por el terapeuta antes de que el o ella inicie su tratamiento de terapia. Es muy importante que usted chequee con su compania de seguro de que el lugar que usted escogio para su terapia este cubierta bajo su plan de seguro medico.

Por favor llame a la oficina con cualquier pregunta que usted tenga concerniente a estas instrucciones.