

CUESTIONARIO DE INGRESO
(Por favor Escriba con Letra de Imprenta)

Estimado Paciente,

Por favor llene este cuestionario y mándelo por forma de fax o por correo antes de la fecha de su procedimiento (ver nota al pie de la página). Por favor este seguro(a) de incluir un número telefónico en que el cual podremos comunicarnos con usted un día antes de su procedimiento. Usted recibirá una llamada telefónica que la dará instrucciones sobre la hora en que debe llegar al centro y la hora de su procedimiento. Si por alguna razón no podemos comunicarnos con usted, por favor llame al centro quirúrgico el día antes de su procedimiento y después de las 11 de la mañana.

Nombre: _____ Fecha de Procedimiento _____

Nombre de Cirujano: _____ Tipo de Procedimiento: _____

Número de teléfono en cual podre ser contactado un día antes del procedimiento: _____

Si no está disponible, le podemos dejar un mensaje en su contestadora: Si No

ANTECEDENTES MEDICOS

Historial Breve de su Enfermedad Actual: _____

Por favor forme un círculo sobre cualquiera que le aplique:

Presión Alta	Angina/ Dolor de pecho	Infarto	Marcapasos/ Desfibrilador Imp.
Prolapso de válvula/ Próstesis	Fallo cardiaco	Latido irregular	Diabetes- insulina o pastillas
Colesterol alto	Asma	Enfisema/ EPOC	Tos/ falta de aire
Bronquitis crónica	Apnea del sueño	Trastorno convulsivo	Trastorno neurológico
Paro/ ACI	Hernia hiatal / Reflujo	Ulcera/ Cólera	Enfermedad del riñón
Hepatitis/ Enf. del Hígado	Trastorno tiroidea	Trastorno muscular	Cáncer: _____
Incontinencia Urinaria	Trastorno coagular	Anemia	Otro: _____

Por favor listar cirugías previas:

Listar alergias:

Historial social:

¿Usted Fuma? Si No

¿Consume Alcohol? Si No

¿Si responde que si, cuanto? _____

Medicamentos: Por favor listar: **Traiga con usted una lista de cada medicamento actual y la dosis a su cita.**

Toma aspirina o algún anticoagulante: Si No

¿Si responde que si, cuando tomo su ultima dosis: _____

¿Ha tenido usted, o algún pariente suyo, una reacción adversa a la anestesia? Si No Si contesta que si, explique _____

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

INFORMACION DE SEGURO MEDICO

Seguro Primario _____

No. de identificación _____ No. de Grupo _____

Suscriptor _____ Fecha de Nacimiento _____ No. de SS _____

Empleador: _____ Relación al paciente Mismo Esposo(a) Padre Otro _____

SI OCURRE UN CAMBIO EN SU SEGURO MEDICO ENTRE LA FECHAS DE PROGRAMACION Y LA FECHA DE SU PROCEDIMIENTO, DEBE DE NOTIFICARNOS PARA QUE PODRAMOS OBTENER LOS REFERIDOS APROPIADOS Y LA PRE-APROBACION NECESARIA.

Persona llenando este formulario: _____ Relación al paciente: Mismo Otro