Mid-Kansas Ear, Nose & Throat Associates

A Division of Wichita Surgical Specialists, P.A.

FECHA DE HOY:_____

INFORMACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

NOMBRE DEL PACIENTE				
ALTURA	PESO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	HOSPITAL PREFERIDO
FARMACIA PREFERIDA		DIRECCIÓN O INTERSECCIÓN DE LA FARMACIA		

¿MEDICAMENTOS ACTUALES? ☐ Si ☐ No

*****INCLUYE SUPLEMENTOS Y VITAMINAS*****

¿ALERGIAS A MEDICAMENTOS? ☐ Si ☐ No

¿HISTORIA QUIRÚRGICA? ☐ Si ☐ No

Enumere todos los medicamentos, dosis y frecuencia:

Nombre del medicamento	Dosificación	Frecuencia

Enumere todas las alergias a medicamentos y el tipo de reacción:

Nombre del medicamento	Reacción

Enumere todas las cirugías:

PAST MEDICAL HISTORY

Diabetes	☐ Si	☐ No
Enfermedad cardíaca	☐ Si	☐ No
¿Ha tenido un ataque cardíaco (infarto de miocardio)?	☐ Si	☐ No
¿Ves a un cardiólogo? (En caso afirmativo, indique el nombre a continuación)	☐ Si	☐ No
VIH o SIDA	☐ Si	☐ No
¿Ha tenido cáncer? (ubicación / tipo de lista)	☐ Si	☐ No

Vacuna contra la influenza **Durante la temporada de influenza de octubre a marzo **

¿Se ha vacunado contra la influenza esta temporada?	☐ Si	☐ No
Si no, razón por la que no lo recibió:	☐ Si	☐ No

☐ Disminuido ☐ Alergia a la vacuna contra la influenza ☐ Alergia a los huevos

Vacuna contra la neumonía de 65 años o más

¿Algún pariente consanguíneo ha tenido alguno de los siguientes?

¿Ha recibido una vacuna contra la neumonía?	☐ Si	☐ No

HISTORIA SOCIAL DEL PACIENTE

Fumar, exposición al humo y consumo de tabaco (marque todo lo que corresponda)

☐ Nunca fumador ☐ Tabaco de mascar

☐ Fumador actual todos los días ☐ Fumar puros

☐ Actual algún día fumador ☐ Fumar una pipa

☐ Ex fumador ☐ Consumidor de tabaco sin humo

¿Exposición reciente al humo de segunda mano? ☐ Si ☐ No

Consumo de alcohol: (elija el estado que mejor se aplique)

☐ Nunca bebió

☐ Bebedor social

☐ Moderado (2 bebidas por día o menos)

☐ Consumo excesivo de alcohol

☐ Dejó de beber

ANTECEDENTES FAMILIARES: ¿Algún pariente consanguíneo ha tenido alguno de los siguientes?

¿Sangrado excesivo?	☐ Si	☐ No
¿Complicaciones de la anestesia?	☐ Si	☐ No
¿Pérdida de audición?	☐ Si	☐ No