



Express! Preoperatoria®

POR FAVOR COMPLETE CON LETRA DE IMPRENTA

C.I.: _____

Apellidos y Nombres del Paciente: _____ Edad: _____ años.

Lugar de nacimiento: _____ Ciudad de residencia: _____ Teléfono fijo: _____

Nombre del cirujano: _____ Fecha tentativa: ____/____/____ Tel. celular: _____

Intervención a la que se va a someter: _____

Va a ser intervenido en Ambulatorio Medis? (Si / No): _____. Otro centro: _____

Cubierto por empresa aseguradora (Si / No): _____. Nombre de aseguradora: _____

<<SI USTED ES FUMADOR O ASMATICO SE RECOMIENDA REALIZAR ESPIROMETRÍA PREOPERATORIA>>

Email/Facebook: _____

Antecedentes personales y familiares de importancia:

(Por favor marque las opciones que sean positivas y complete la información pertinente)

Enfermedades que padece o padeció:

- Hipertensión arterial:**
Diagnosticada hace ____ años.
Tratamiento con: _____
- Diabetes mellitus:**
Diagnosticada hace ____ años.
Tratamiento con: _____
- Dislipidemias (aumento de colesterol y/o triglicéridos):**
Diagnosticada hace ____ años.
Tratamiento con: _____
- Arritmias cardíacas:**
Diagnosticadas hace ____ años.
Tratamiento con: _____
- Infarto miocárdico / Angina de pecho:**
Diagnosticada hace ____ años.
Tratamiento con: _____
- Úlcera gástrica / Duodenal / Gastritis:**
Diagnosticada hace ____ años.
Tratamiento con: _____
- Asma bronquial:**
Diagnosticada hace ____ años.
Tratamiento con: _____
- Enfermedades tiroideas:**
Diagnosticada hace ____ años.
Tratamiento con: _____
- Otras:** _____

Operaciones a que se ha sometido:

- _____ Año: _____
- _____ Año: _____
- _____ Año: _____
- _____ Año: _____
- _____ Año: _____

Tiene ALERGIA A:

- Penicilina
- Aspirina
- Yodo
- Otros: _____

Por favor detalle TODOS los medicamentos, vitaminas, etc. que esté tomando actualmente:

- _____ Dosis: _____
- _____ Dosis: _____
- _____ Dosis: _____
- _____ Dosis: _____
- _____ Dosis: _____
- _____ Dosis: _____
- _____ Dosis: _____

Antecedentes familiares:

- Padre:** Vivo: ____ Edad: ____ a.
Padece/padeció de: Hipertensión
 Diabetes / ACV / Infarto
Otros: _____
- Madre:** Viva: ____ Edad: ____ a.
Padece/padeció de: Hipertensión
 Diabetes / ACV / Infarto
Otros: _____
- Hermanos:** ____ Sanos: ____
Padece/padeció de: Hipertensión
 Diabetes / ACV / Infarto
Otros: _____
- Hijos:** ____ Sanos: ____
Padecen de: _____

Hábitos psicobiológicos:

- Cigarrillo:** ____ cajas diarias
Fuma desde los: ____ años.
- Alcohol:** ____ tragos diarios
Frecuencia: _____
- Deportes:** _____
Frecuencia: _____
- Intestinal:** Normal / Estreñido
Frecuencia: _____
- Menstruaciones cada:** ____ días.
Duración: ____ días.

Nota: Si necesita más espacio, por favor escriba al final de la hoja o en la parte de atrás

Presencia de síntomas cardiovasculares, pulmonares y de otros aparatos y sistemas:

- Palpitaciones / taquicardia:**
Frecuencia: Diaria / Semanal / Eventual
Condicionantes: _____
- Disnea (dificultad para respirar):**
 En reposo A pequeños esfuerzos
 A moderados esfuerzos
 A grandes esfuerzos
 Calma con: _____
 Empeora con: _____
- Arritmias:**
Frecuencia: Diaria / Semanal / Eventual
Condicionantes: _____
- Opresión o dolor torácico:**
 Diario / Semanal / Eventual
Condicionantes: _____
 En reposo A pequeños esfuerzos
 A moderados esfuerzos
 A grandes esfuerzos
 Calma con: _____
 Empeora con: _____
- Dolor en las pantorrillas con ejercicio:**
 Diaria / Semanal / Eventual
Condicionantes: _____
- Tos:**
 Diaria / Semanal / Eventual
Condicionantes: _____
- Expectoración con la tos:**
 Diaria / Semanal / Eventual
Características: _____
- Acidez / Dolor en el estómago :**
 Diaria / Semanal / Eventual
Características: _____
- Edema o hinchazón en las piernas :**
 Diario / Semanal / Eventual
Características: _____