

**PLASTIC AND HAND SURGERY OF NORTH TEXAS**  
**PLASTIC AND HAND SURGERY OF NORTH TEXAS**

Fecha / Date: \_\_\_\_\_

N.º de historia clínica (MRN) / MRN# \_\_\_\_\_

Paciente / Patient: \_\_\_\_\_

Edad del paciente / Patient Age: \_\_\_\_\_

Principal queja o motivo de la visita / Chief Complaint or Reason for visit \_\_\_\_\_

**¿Ahora o alguna vez se realizó alguno de los siguientes procedimientos?**

*Do you now or have you ever had any of the following...*

<b>Antecedentes médicos</b> <i>Medical History</i>	<b>Sí</b> <i>Yes</i>	<b>No</b>	<b>Antecedentes médicos</b> <i>Medical History</i>	<b>Sí</b> <i>Yes</i>	<b>No</b>	<b>Antecedentes médicos</b> <i>Medical History</i>	<b>Sí</b> <i>Yes</i>	<b>No</b>
Fatiga / <i>Fatigue</i>			Fibromialgia <i>Fibromyalgia</i>			Pérdida de peso <i>Weight Loss</i>		
Asma / <i>Asthma</i>			Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) / <i>COPD</i>			Apnea del sueño <i>Sleep Apnea</i>		
Uso de oxígeno <i>Oxygen Use</i>			Tuberculosis <i>Tuberculosis</i>			Reflujo ácido / <i>Acid Reflux</i>		
Hernia hiatal <i>Hernia</i>			Convulsiones/desvanecimientos / <i>Seizure/Blackouts</i>			Migraña / <i>Migraine</i>		
Hipertensión <i>Hypertension</i>			SARM (Staphylococcus aureus resistente a la metilina) / <i>MRSA</i>			Problemas cutáneos <i>Skin problems</i>		
Insuficiencia cardíaca <i>Heart Failure</i> año / yr _____			Dolor de pecho <i>Chest Pain</i>			Palpitaciones / <i>Palpitations</i>		
Válvula mitral / <i>Mitral Valve</i>			Enfermedad de la arteria coronaria / <i>Coronary Artery</i>			Infarto _____ año <i>Heart Attack</i> _____ yr		
Cálculos renales <i>Kidney Stones</i>			Enfermedad renal <i>Renal Disease</i>			Infecciones frecuentes del tracto urinario / <i>Frequent U.T.I.'s</i>		
Pérdida de la audición <i>Hearing Loss</i>			Cataratas / <i>Cataracts</i>			Anteojos/lentes de contacto / <i>Glasses/Contacts</i>		
Hipo/hipertiroidismo <i>Hypo/Hyper-Thyroid</i>			VIH/SIDA / <i>HIV/AIDS</i>			Cáncer (tipo) _____ <i>Cancer type</i>		
Trastorno de la sangre / <i>slood Disorder</i>			Hepatitis A, B, C / <i>Hepatitis A/B/C</i>			Exceso de sangrado de la cirugía / <i>Excess bleeding from Surgery</i>		
Flebitis / <i>Phlebitis</i>			Coágulos de sangre <i>Blood Clots</i>			Depresión/Ansiedad <i>Depression/Anxiety</i>		
Accidente cerebrovascular <i>Stroke</i> año / yr _____			Diabético/a desde: _____ <i>Diabetic since:</i>			Cualquier metal en su cuerpo / <i>Any Metal in your body</i>		

Por favor enumere las cirugías, enfermedades y lesiones previas / *Please list past Surgeries, Illnesses and Injuries:*

**MEDICAMENTOS QUE TOMA ACTUALMENTE / CURRENT MEDICATIONS**

Por favor enumere los medicamentos actuales y ladosis / Please list current Medication(s) & Dosage:

---

---

---

**ALERGIAS / ALLERGIES**

LÁTEX / LATEX \_\_\_\_ SÍ / YES \_\_\_\_ NO                      YODO / IODINE \_\_\_\_ SÍ / YES \_\_\_\_ NO

MEDICAMENTO / MEDICATION \_\_\_\_ SÍ / YES \_\_\_\_ NO

(Si su respuesta es afirmativa, detalle a continuación) / (if yes, please list below)

---

---

**Antecedentes familiares / Family History:**

Anestesia / Anesthesia: \_\_\_\_\_ (relación) / relationship)

Cáncer / Cancer: \_\_\_\_\_ (relación) / relationship)

Enfermedad cardíaca / Heart Disease: \_\_\_\_\_ (relación) / relationship)

Trastornos hemorrágicos / Bleeding Disorders: \_\_\_\_\_ (relación) / relationship)

Diabetes / Diabetes: \_\_\_\_\_ (relación) / relationship)

Otro / Other: \_\_\_\_\_ (relación) / relationship)

**Antecedentes sociales / Social History:**

Consumo de alcohol / Alcohol Use:      A diario / Daily                      De vez en cuando / Occasionally                      Nunca / Never

Consumo de tabaco / Tobacco Use:      Sí / Yes      No                      Tipo / Type: \_\_\_\_\_

cantidad por día/semana / amount per day/wk \_\_\_\_\_

Uso ilegal de fármacos / Illegal Drug Use: \_\_\_\_ Sí / Yes      \_\_\_\_ No