



¿Esta su empleador de acuerdo?      Sí     No

**Estaría usted dispuesto a aceptar PRODUCTOS SANGUINEOS/TRANSFUSIONES durante o después la cirugía si es necesario?**    Sí     No

¿Ha recibido usted alguna vez una transfusión de sangre?    Sí     No     Fecha de la transfusión: \_\_\_\_\_

**Historial Médico:** Por favor mencione si usted ha tenido **ALGUNA VEZ** alguno de los siguientes problemas

Anemia	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Diabetes	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Anemia de células falciformes/Rasgo drepanocítico	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Enfermedad del Riñon	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Trombosis venosa (Piernas/Pulmones)	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Infecciones de la Vejiga o el riñon	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Cancer	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Cálculos/Piedras en el riñon	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Asma	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Sangre en la orina	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Tuberculosis	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Proteina en la orina	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Enfisema/COPD	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Hepatitis A, B o C	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Apnea del sueño	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Enfermedad del Hígado	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Neumonía	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Stroke	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Soplo en el Corazón	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Convulsiones	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Infarto del Corazón, stent o cirugía de bypass	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Refugio/úlceras gástricas	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Falla Cardíaca Congestiva	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Úlceras en la piel	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Trastorno de las válvulas cardíacas	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Artritis	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Arritmias o trastornos del ritmo del Corazón	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Dolor de espalda	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Presión arterial alta	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Dolor crónico	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Enfermedad de la Tiroides	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Gota	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Enfermedad Autoimune	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Problemas de la prostata	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
STD's	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	VIH/SIDA	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Si alguna vez ha sido tratado para la **presión arterial alta**, por favor mencione el número de años que fue tratado y los medicamentos recibidos:

---

Si tiene historia de **Piedras en los riñones**, por favor indique el número de episodios y el tratamiento recibido:

---

---

Si respondió si a **alguno de los otros problemas médicos** mencionados anteriormente por favor explíquelo a continuación:

---

---

---

**Mujeres Solamente:**

Mencione el número total de embarazos: \_\_\_\_\_ Partos: \_\_\_\_\_

¿Durante cualquiera de sus embarazos previos sufrió usted de Pre-Eclampsia, Presión alta o Diabetes Gestacional?

Si  No  Si la respuesta fue afirmativa por favor explique:

---

Cuando fue la fecha de su última menstruación/periodo?

---

¿Está usted embarazada actualmente? Sí  No

Esta actualmente Amamantando/Lactando a su bebe? Sí  No

**Historia Psiquiátrica:**

Ha sido alguna vez diagnosticado(a) y/o tratado(a) por alguna de las siguientes condiciones:

- |   |                             |                             |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| Ansiedad                                | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Depresión                               | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Depresión Posparto                      | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Esquizofrenia                           | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Trastorno Bipolar                       | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| PTSD (Estrés postraumático)             | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| ADHD                                    | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Dolor crónico                           | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Adicción al licor o las drogas          | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Trastornos de la alimentación (Bulimia) | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |

Ha estado usted alguna vez bajo el cuidado/tratamiento de un terapeuta, consejero o Psiquiatra?

Sí  No

¿Ha tenido usted alguna vez un intento de suicidio o alguna vez ha tratado de hacerse daño?

Sí  No

Si alguna de las respuestas anteriores fue afirmativa, por favor explique:

---

---

---

---

---

**Historia previa de Exposición a Tuberculosis:**

Ha estado usted en contacto estrecho (Vivió/trabajo) con una persona que tiene Tuberculosis?

Sí  No

¿Nació o ha vivido usted fuera de los Estados Unidos?

Sí  No

¿Ha vivido o ha viajado usted a algunas de las siguientes partes del mundo: Asia, África, México, Haití, América Central o Sur América?

Sí  No

¿Ha vivido o trabajado usted en un albergue para indigentes (homeless), instalación correccional, asilo de ancianos, oficina médica, institución de rehabilitación u hospital?      Sí     No

¿Tiene usted historia previa de uso de drogas intravenosas (IV)?      Sí     No

¿Ha tenido usted una Radiografía de torax anormal?      Sí     No

Si respondió **Si** a alguna de las preguntas anteriores por favor explique la razón:

---



---



---



---

**Historia Quirúrgica:** Mencione toda operación/cirugía que haya usted tenido (incluyendo en la niñez)

CIRUGIAS/PROCEDIMIENTOS	HOSPITAL	FECHA

**Medicaciones:** Por favor mencione la lista actual de todas sus medicinas. Incluya también medicamentos de venta libre (over-the-counter) y preparaciones herbales o suplementos nutricionales.

MEDICAMENTO	DOSIS	INDICACION

¿Qué tan frecuente toma usted aspirina, ibuprofeno (Motrin), naproxeno (Alleve), o medicamentos para la gripa?

Nunca     Menos de 1 vez al mes     Más de 1 vez al mes     Semanal     Diario

**Hábitos Personales:**

¿Hace usted ejercicio de forma regular? Sí  No  Si su respuesta es afirmativa, por favor mencione la actividad física que realiza? \_\_\_\_\_

Tabaquismo: ¿Fuma o ha fumado alguna vez? Sí  No

¿Si la respuesta fue Si, mencione el número de paquetes al año? \_\_\_\_\_ Por cuantos años? \_\_\_\_\_  
Fecha que dejo de fumar: \_\_\_\_\_

Consumo de Alcohol: ¿Consume o ha consumido licor de forma regular? Sí  No

Si la respuesta fue afirmativa, mencione el tipo \_\_\_\_\_ Cuanto licor consume \_\_\_\_\_

¿Qué tan frecuentemente toma licor? \_\_\_\_\_ Fecha en la cual dejó de tomar: \_\_\_\_\_

Uso de sustancias psicoactivas: ¿Ha usado usted cualquiera de las siguientes sustancias?

Marihuana Sí  No

Cocaína/Crack Sí  No

Heroína o Narcóticos Sí  No

Metanfetaminas Sí  No

Estimulantes Sí  No

Sedantes Sí  No

Pastillas para adelgazar Sí  No

Si la respuesta fue **Si**, por favor describa el tipo, método de uso (pastilla/inyección/fumado), duración y fecha del ultimo uso:

---

---

---

---

**Pruebas de promoción y prevención de la salud:**

¿Ha usted tenido algunos de los siguientes exámenes? Mencione la fecha y el resultado si es aplicable.

Colonoscopia Sí  No  \_\_\_\_\_

Prueba de Esfuerzo (Stress Test) Sí  No  \_\_\_\_\_

Mamografía Sí  No  \_\_\_\_\_

Papanicolaou Sí  No  \_\_\_\_\_

**Historia Familiar:**

Por favor marque todas las opciones que sean aplicables a usted

	<b>Madre</b>	<b>Padre</b>	<b>Hmana</b>	<b>Hmano</b>	<b>Hija</b>	<b>Hijo</b>
Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad Cardiaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presion arterial Alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad renal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Piedras en el riñon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Gracias por su interés en el Programa de Donantes Vivos del Hospital Piedmont.*

Uno de nuestros coordinadores de donantes vivos lo contactara durante los siguientes 5 días hábiles.