

MCC SURGICAL GROUP

Nombre del paciente / *Patient Name*: _____

Fecha de nacimiento / *Date of Birth*: _____

Edad / *Age*: _____

Antecedentes de salud / Past Medical History: Marque TODAS las opciones que correspondan a su caso. / *Please check ALL items that apply to you.*

- | | | | |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca / <i>Heart Disease</i> | <input type="checkbox"/> Enfermedad psiquiátrica / <i>Psychiatric Illness</i> | <input type="checkbox"/> Úlceras / <i>Ulcers</i> | <input type="checkbox"/> Osteoporosis / <i>Osteoporosis</i> |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad hepática / <i>Liver Disease</i> | <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar / <i>Lung Disease</i> | <input type="checkbox"/> Osteoartritis / <i>Osteoarthritis</i> | <input type="checkbox"/> Diabetes / <i>Diabetes</i> |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones/epilepsia / <i>Seizures/Epilepsy</i> | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroides / <i>Thyroid Disease</i> | <input type="checkbox"/> Artritis reumatoidea / <i>Rheumatoid Arthritis</i> | <input type="checkbox"/> Trastornos intestinales / <i>Bowel Disorders</i> |
| <input type="checkbox"/> Colesterol alto / <i>High Cholesterol</i> | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal / <i>Kidney Disease</i> | <input type="checkbox"/> Reflujo ácido / <i>Acid Reflux</i> | |

Cáncer (especifique) / *Cancer (please specify)* _____
 Otras (especifique) / *Other (please specify)* _____
 Ninguna / *None*

Antecedentes quirúrgicos: Marque TODAS las opciones que correspondan a su caso. / *Past Surgical History – Please check ALL items that apply to you.*

- | | | | |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Columna lumbar/Parte baja de la espalda / <i>Lumbar Spine/ Low Back</i> | <input type="checkbox"/> Columna cervical/Cuello / <i>Cervical Spine/Neck</i> | <input type="checkbox"/> Corazón / <i>Heart</i> | <input type="checkbox"/> Pulmón / <i>Lung</i> |
| <input type="checkbox"/> Riñón / <i>Kidney</i> | <input type="checkbox"/> Intestino / <i>Bowel</i> | <input type="checkbox"/> Hernia / <i>Hernia</i> | <input type="checkbox"/> Vesícula biliar / <i>Gallbladder</i> |
| <input type="checkbox"/> Extremidades/Brazos o piernas / <i>Extremities/ Arms or Legs</i> | <input type="checkbox"/> Mama / <i>Breast</i> | <input type="checkbox"/> Próstata / <i>Prostate</i> | <input type="checkbox"/> Histerectomía / <i>Hysterectomy</i> |
| <input type="checkbox"/> Otra (describa) / <i>Other (please describe)</i> | _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Ninguna / <i>None</i> | _____ | | |

Alergias: Enumere TODAS las alergias o las cosas que le hayan causado una reacción / *Allergies - Please list ALL allergies or anything you have had a reaction to:*

Medicamentos actuales / Current Medication:	Dosis / Dosage:	Frecuencia / Frequency:
--	------------------------	--------------------------------

(Hay espacio adicional en el reverso) / *Please see reverse side for more space)*

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Antecedentes familiares: Marque las enfermedades diagnosticadas a sus familiares directos y quiénes son esos familiares / *Family History--Please check any disease diagnosed in your immediate family and with whom:*

	Abuela / <i>Grandmother</i>	Abuelo / <i>Grandfather</i>	Madre / <i>Mother</i>	Padre / <i>Father</i>	Hermano / <i>Brother</i>	Hermana / <i>Sister</i>	Hijos
Cáncer / <i>Cancer</i>							
Diabetes / <i>Diabetes</i>							
Enfermedad cardiaca / <i>Heart Disease</i>							
Accidente cerebrovascular / <i>Stroke</i>							
Trastorno intestinal / <i>Bowel Disorder</i>							
Presión arterial alta / <i>High Blood Pressure</i>							

Otras (especifique) / *Other (please specify)* _____

Antecedentes sociales: Conteste todas las preguntas / *Social History-Please answer all questions:*

¿Fuma? / *Do you smoke?* [] Sí / Yes [] No

En caso afirmativo, ¿cuánto? / *If yes, how much?* _____

¿Alguna vez fumó? / *Have you ever smoked?* [] Sí / Yes [] No

En caso afirmativo, ¿desde hace cuántos años? / *If yes, number of years ago* _____

¿Bebe alcohol? / *Do you drink alcohol?* [] Sí / Yes [] No

En caso afirmativo, ¿con qué frecuencia? / *If yes, how often?* _____

¿Consume drogas ilegales? / *Do you use illegal drugs?* [] Sí / Yes [] No

En caso afirmativo, ¿con qué frecuencia? / *If yes, how often?*

