



## Historial Quirúrgico

Por favor detalle todos los procedimientos quirúrgicos, incluyendo colocaciones de catéteres, biopsias de tumor, biopsias de médula ósea y extracciones dentales. Empiece con lo más reciente y vaya retrocediendo en el tiempo.

Procedimiento Quirúrgico	Fecha del Procedimiento

## Medicamentos

Por favor detalle los medicamentos que toma actualmente. Incluya la fecha de inicio, de ser posible.

Medicamento	Fecha de Inicio

## Alergias a Medicamentos

Detalle cualquier medicamento al cual sea alérgico y su reacción hacia él. Si no tiene, por favor escriba N/A.

Medicamento	Reacción

## Historial de Transfusiones

Detalle los productos sanguíneos que ha recibido, tales como glóbulos rojos, plaquetas, inmunoglobulina intravenosa (IVIG), o plasma. Incluya reacciones a productos sanguíneos y si usted ha recibido medicamentos como Tylenol, Benadryl o hidrocortisona antes de las transfusiones.

Producto Sanguíneo	Reacción	¿Medicamento de Pretransfusión?

## Historial de Viajes

Detalle todos los viajes hechos fuera de los Estados Unidos. También detalle cualquier enfermedad contraída durante sus viajes al extranjero.

Destino en el Extranjero	Fecha	¿Enfermedad?

## Enfermedades en la Niñez e Historial de Vacunación

Anote si ha tenido estas enfermedades o si ha sido inmunizado contra ellas y mencione el año.

Enfermedad(es)	¿Vacunación o Padecimiento?	Fecha
Sarampión, paperas, rubéola		
Difteria, tétanos, tosferina		
Poliomielitis		
Hepatitis B		
Influenza		
Varicela		

¿Ha tenido alguna vez fiebre reumática?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si la respuesta es Sí, ¿en qué año?

\_\_\_\_\_

¿Ha tenido alguna vez herpes labial?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Ha tenido alguna vez herpes zóster?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Ha tenido alguna vez herpes genital?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

## Historial Médico Familiar

Para cada familiar consanguíneo, por favor detalle las enfermedades que padecen o que han padecido, tales como diabetes, enfermedades del corazón, cáncer o derrames. Para casos de cáncer, por favor anote el tipo, si lo conoce. Si el pariente ya falleció, anote la causa de su muerte y su edad al morir.

¿Tiene historial familiar de **anemia aplásica** o **hemoglobinopatía**? Sí No

### Sus Padres

Madre \_\_\_\_\_ Padre \_\_\_\_\_

Sus hermanos (si tiene más de cinco, continúe el listado en una hoja aparte)

Sexo	Edad	Enfermedades
M F		_____
M F		
M F		
M F		
M F		

### Lado Materno de su Familia

Abuela \_\_\_\_\_ Abuelo \_\_\_\_\_

Tías y Tíos \_\_\_\_\_

### El Lado Paterno de su Familia

Abuela \_\_\_\_\_ Abuelo \_\_\_\_\_

Tías y Tíos \_\_\_\_\_

Sus Hijos Biológicos (si tiene más de cinco, continúe el listado en una hoja aparte)

Sexo	Edad	Enfermedades
M F		
M F		
M F		
M F		
M F		

## Historial Social

### Estado Civil

Casado (¿por cuánto tiempo?) \_\_\_\_\_

Nombre del cónyuge o pareja \_\_\_\_\_

Divorciado \_\_\_\_ Número de matrimonios anteriores  
\_\_\_\_\_

Separado \_\_\_\_ Cohabitando \_\_\_\_ Soltero \_\_\_\_

### Situación de Trabajo

Ocupación \_\_\_\_\_

¿Trabaja actualmente? Sí No Horas/semana \_\_\_\_\_

¿Se encuentra incapacitado? Sí No Fecha de inicio \_\_\_\_\_

Ocupación del cónyuge \_\_\_\_\_

### Educación

Años de escolaridad del donante \_\_\_\_\_

Años de escolaridad del cónyuge \_\_\_\_\_

### Residencia

Casa propia \_\_\_\_\_ Alquila \_\_\_\_\_

Familia única \_\_\_\_\_ Familia múltiple \_\_\_\_\_

### Intereses

Preferencia religiosa \_\_\_\_\_

Pasatiempos \_\_\_\_\_

### Opciones de Estilo de Vida

#### Tabaco

¿Ha consumido alguna vez productos de tabaco? Sí No

Por favor marque los productos de tabaco que ha consumido.

Cigarrillos \_\_\_\_ Pipa \_\_\_\_ Cigarros \_\_\_\_ Masticable \_\_\_\_ En polvo \_\_\_\_

¿Cuántos Cigarrillos/Pipas/Cigarros/Masticable/En polvo consume al día? \_\_\_\_\_

¿Por cuánto tiempo ha consumido tabaco? Si ha dejado de consumir tabaco, ¿por cuánto tiempo lo consumió? \_\_\_\_\_

Si lo ha dejado, ¿cuándo lo dejó? \_\_\_\_\_

### Alcohol

¿Bebe usted alcohol? Sí No

Si la respuesta es Sí, marque lo que consume.

Cerveza \_\_\_\_ Vino \_\_\_\_ Licor Fuerte \_\_\_\_

¿Con cuánta frecuencia consume alcohol? Circule su respuesta.

3 bebidas/semana o menos 1 bebida/día 2 bebidas/día

3 bebidas/día Más de 6 bebidas/día

### Drogas

¿Ha usado alguna vez narcóticos intravenosos o drogas distintas a las recetadas por un médico? Sí No

¿Las está usando actualmente? Sí No

Si la respuesta es Sí, por favor indique cuáles drogas. \_\_\_\_\_

Si ha dejado de usarlas, ¿cuándo las dejó? \_\_\_\_\_

### Otras Opciones de Estilo de Vida

¿Cuántas parejas sexuales diferentes ha tenido? \_\_\_\_\_

Si usted tiene o ha tenido múltiples parejas sexuales, ¿usó o usa preservativos cada vez? Sí No

¿Ha tenido alguna vez relaciones sexuales con una persona del mismo sexo? Sí No

¿Usa el cinturón de seguridad cada vez que viaja en automóvil? Sí No

¿Practica deportes extremos, tales como paracaidismo, parapente o esquí acrobático? Sí No

### Estado Funcional Actual

De los elementos detallados a continuación, por favor marque el que mejor describa sus capacidades actuales.

- Actividad normal sin síntomas o señales de enfermedad actual
- Actividad normal con señales o síntomas menores de enfermedad
- Actividad normal con esfuerzo
- Capaz de cuidar de sí mismo, pero incapaz de realizar un trabajo activo
- Necesita asistencia ocasional
- Necesita de mucha asistencia y atención médica frecuente
- Discapacitado, necesita atención y asistencia especial

## Revisión de Síntomas

Por favor marque todos los síntomas que ha tenido en los últimos seis meses.

### En general

- Fatiga
- Sudoración nocturna
- Fiebre
- Escalofríos
- Síntomas de resfrío o gripe
- Pérdida de peso  
Cuánto y por cuánto tiempo \_\_\_\_\_
- Aumento de peso  
Cuánto y por cuánto tiempo \_\_\_\_\_

### Cabeza, Oídos, Nariz y Garganta

- Dolor de ojos que ha requerido de visita al médico
- Glaucoma
- Visión borrosa
- Cambios en la visión
- Lentes Correctivos  
Si la respuesta es Sí, ¿tiene usted miopía, hipermetropía, o ambos?  
\_\_\_\_\_
- Pérdida auditiva  
Si la respuesta es Sí, ¿ha estado expuesto excesivamente a ruidos? Sí No
- Pitidos o zumbidos en los oídos
- Flujo o congestión nasal  
Si la respuesta es sí, ¿Sucede esto debido a alergias o sin motivo alguno?  
\_\_\_\_\_
- Sinusitis frecuente  
Si la respuesta es Sí, ¿Cuántas veces ha sido tratado con antibióticos contra una infección sinusal en los últimos seis meses?  
\_\_\_\_\_

### Pulmones

- Tos constante y molesta  
Si la respuesta es Sí, ¿expulsa algo al toser? Sí No
- Dificultad para respirar
- Respiración sibilante
- Exposición previa al asbesto
- Asma u otros problemas pulmonares

## Corazón

- Dolor, presión, pesadez o tirantez en su pecho  
Si la respuesta es Sí, ¿Es debido a algún esfuerzo o actividad?  
Sí No  
¿Sucede mientras descansa? Sí No
- Ha tenido una prueba de esfuerzo/ECG
- ECG anormal
- Inflamación de pies o manos
- Palpitaciones del corazón o latidos rápidos o irregulares

## Estómago e Intestinos

- Malestar estomacal con ciertos alimentos  
Si la respuesta es Sí, ¿con cuáles alimentos?  
\_\_\_\_\_
- Problemas al tragar
- Indigestión
- Acidez
- Estreñimiento
- Heces blandas o diarrea
- Heces negras, alquitranadas o con sangre
- Sangre en el inodoro o en el papel higiénico

## Vejiga y Genitales

- Ardor o dolor al orinar
- Dificultad para empezar a orinar
- Disminución de la fuerza del flujo de orina
- Se despierta por las noches para orinar  
Si la respuesta es Sí, ¿cuántas veces por noche?  
\_\_\_\_\_
- Escape de orina al toser o estornudar
- Escape de orina al sentir urgencia de orinar
- Goteo de orina
- Orina con sangre
- Tratamiento para infecciones genitales

## Músculos y Huesos

- Artritis  
Si la respuesta es Sí, ¿cuáles son las articulaciones involucradas? \_\_\_\_\_
- Dolor en la espalda que interfiere con las actividades
- Dolor en articulaciones o músculos que limita las actividades normales

## Sistema Nervioso

- Dolor de cabeza frecuente o severo  
Si la respuesta es Sí, ¿cómo son los dolores de cabeza? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- ¿Con qué frecuencia ocurren? \_\_\_\_\_
- Mareos o vértigo
- Episodios de desmayo o pérdida del conocimiento
- Problemas con memoria de corto plazo
- Convulsiones, ataques o arrebatos
- Adormecimiento u hormigueo en dedos de manos o pies  
Si la respuesta es Sí, ¿cuándo comenzó? \_\_\_\_\_  
Si la causa de esto ya es conocida, por favor indicarla.  
\_\_\_\_\_

## Emociones y Estados de Ánimo

- Pérdida del apetito
- Despertar con frecuencia muy temprano en las mañanas
- Problemas para dormir
- Ataques de llanto
- Pensamientos suicidas o de hacerse daño
- Nerviosismo o ansiedad

## Sangre y Linfa

- Nódulos inflamados en el cuello, axilas o ingle
- Infección reciente  
Si la respuesta es Sí, ¿qué y cómo? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Moretones o sangrado anormales

## Hormonas

- Resultados anormales de pruebas de tiroides
- Nivel anormal de azúcar en la sangre
- Pérdida del deseo sexual

## Alergias e Infecciones

- Alergias al medio ambiente, tales como fiebre del heno o polen
- Infecciones frecuentes y numerosas

## (Hombres Únicamente)

- Dificultad en lograr y mantener una erección  
Si la respuesta es Sí, ¿cómo fue tratada? \_\_\_\_\_
- Secreción del pene
- Hernia o ruptura
- Problemas de próstata
- Cambio en hábitos urinarios
- Fecha del último examen de próstata \_\_\_\_\_
- ¿Quién llevó a cabo el examen? \_\_\_\_\_
- ¿Cuál fue el resultado? Normal Anormal
- Fecha de la prueba de sangre de nivel del antígeno prostático específico (PSA) más reciente \_\_\_\_\_
- Fecha \_\_\_\_\_
- ¿Quién llevó a cabo la prueba? \_\_\_\_\_

## (Mujeres Únicamente)

- Teniendo periodos menstruales  
Periodos regulares Sí No  
¿cuántos días hay en su ciclo? \_\_\_\_\_
- ¿Periodos fuertes? Sí No
- ¿Periodos dolorosos? Sí No
- Menopáusica  
Fecha de su último periodo \_\_\_\_\_
- ¿Ondas de calor? Sí No
- ¿Está tomando reemplazo hormonal? Sí No  
Si la respuesta es Sí, ¿de qué tipo? \_\_\_\_\_
- ¿Por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_
- Embarazos  
¿Cuántos? \_\_\_\_\_
- ¿Cuántos han sido partos vaginales? \_\_\_\_\_
- ¿Cuántos han sido cesáreas? \_\_\_\_\_
- ¿Cuántos abortos espontáneos o provocados? \_\_\_\_\_
- En control de natalidad  
¿De qué tipo? \_\_\_\_\_
- Uso actual de DIU Sí No

(Mujeres Únicamente - continuación)

- Bultos en sus senos
- Secreción de sus pezones
- Mamografías anuales  
Fecha de la última mamografía \_\_\_\_\_  
¿Los resultados fueron normales? Sí No
- Dificultad en lograr el orgasmo
- Coito (sexo) doloroso
- Tratamiento reciente por alguna enfermedad de transmisión sexual (ETS)

Cuidando de la Salud

- Visitas regulares al médico con prueba física anual
- Examinación anual para detectar sangre en las heces
- Examinaciones dentales regulares  
Fecha del último examen dental \_\_\_\_\_  
¿Se hicieron tapaduras u otros trabajos? Sí No
- Exámenes regulares de la vista  
Fecha del último examen de la vista \_\_\_\_\_
- Ejercicio regular  
¿Cuántos días por semana? \_\_\_\_\_  
¿Qué tipo de ejercicio? \_\_\_\_\_

Afrontamiento y Tolerancia

- ¿Ha sido diagnosticado con depresión? Sí No
- ¿Está tomando antidepresivos u otros medicamentos psiquiátricos? Sí No
- ¿Qué le ayuda a aliviar el estrés? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Con qué sistemas de apoyo puede contar usted y su familia? (Marque todo lo que aplique.)

- Parientes
- Amigos
- Iglesia
- Otros (favor detallar) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Ha estado usted hospitalizado anteriormente en relación con esta enfermedad? Sí No

Por favor describa sus experiencias actuales con los hospitales.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Misceláneos

- Problemas con llevar el control de sus medicamentos
- Olvida tomar sus medicamentos
- Preocupaciones por pago de cuentas de hospital o medicamentos

¿Hay algo más relacionado con su salud que quisiera informarnos?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Gracias por compartir esta importante información.

Firma del Donante \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

Firma de Enfermera Especializada/Médico

\_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_