



Trasplante de Sangre y Médula Ósea

Historial Médico del Paciente



Por favor responda estas preguntas acerca de su historial médico y personal de la manera más completa posible. La información precisa del historial médico es esencial para un trasplante exitoso.

Nombre del Paciente _____ Fecha _____

Dirección _____ Ciudad/Estado _____ Código Postal _____

Teléfono de Casa _____ Teléfono Celular _____ Teléfono del Trabajo _____

(Por favor incluya el código de área con todos los números telefónicos e indique el mejor número para contactarlo.)

Edad _____ Fecha de Nacimiento _____ Estado Civil _____

Cuidador Principal _____ Teléfono _____

Raza/Etnicidad (marque todo lo que aplique):

- _____ Indio Americano o Nativo de Alaska
- _____ Asiática
- _____ Negra o Afroamericana
- _____ Nativo de Hawaii

- _____ Hispana
- _____ No-Hispana
- _____ Blanca

Médicos que ha visto

Médico que le refiere _____ Teléfono _____

Otros médicos que ha visto con respecto a este diagnóstico:

Médico _____ Teléfono _____

Médico _____ Teléfono _____

Médico _____ Teléfono _____

Historial médico

Por favor detalle todas las enfermedades o condiciones por las cuales usted toma medicamentos o ha sido hospitalizado.

Enfermedad o Condición	Fecha del Diagnóstico

continúa en la página 2

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, incluyendo naciones en desarrollo. Detalle además cualquier enfermedad contraída durante 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 pariente 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.

Sus Padres

Madre _____ Padre _____

Sus hermanos (si tiene más de cinco, continúe el listado en el reverso de esta hoja)

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

El 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 el reverso de esta hoja)

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 paciente _____

Años de escolaridad del cónyuge _____

Residencia

Casa propia _____ Alquila _____

Familia única _____ Familia múltiple _____

Intereses

Preferencia religiosa _____

Pasatiempos _____

Opciones de Estilo de Vida

Tabaco

¿Ha usado 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? Marque con un círculo su respuesta.

3 tragos/semana o menos 1 trago/día 2 tragos/día

3 tragos/día Más de 6 tragos/día

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

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 un miembro 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

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 _____
- Ha subido 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 al azar?

- 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
- Falta de aliento
- 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, viscosas 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
- Despertar 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 _____
- ¿Sofocos? 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 desde su diagnóstico de cáncer? 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 conexión 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 Paciente _____

Fecha _____ Hora _____

Firma de Enfermera Especializada/Médico

Fecha _____ Hora _____