



CLEARWATER Radiation Oncology

FICHA DE INFORMACIÓN SANITARIA PARA PACIENTES

NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____

DIRECCIÓN: _____ TELÉFONO: _____

SEGURO: _____

MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA: _____

MÉDICO REMITENTE: _____ CIRUJANO (SI PROCEDE): _____

MOTIVO DE LA REMISIÓN: _____

PASADO Y ACTUAL PROBLEMAS MÉDICOS

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

TODOS LOS MEDICAMENTOS / VITAMINAS (Receta y sin receta)

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

ALERGIAS: _____

HOSPITALIZACIONES Y OPERACIONES (FECHAS APROXIMADAS Y UBICACIÓN)

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

HISTORIA FAMILIAR

MIEMBRO DE LA FAMILIA	EDAD	PROBLEMAS DE SALUD	SI HA FALLECIDO/EDAD Y CAUSA DE MUERTE
MADRE			
PADRE			
HERMANAS			
HERMANOS			
HIJOS			

Algún familiar con cáncer?

RELACIÓN: _____ TIPO DE CÁNCER (SI SE CONOCE): _____
 RELACIÓN: _____ TIPO DE CÁNCER (SI SE CONOCE): _____

Algún familiar con problemas de sangre?

RELACIÓN: _____ PROBLEMA SANGUÍNEO (SI SE CONOCE): _____
 RELACIÓN: _____ PROBLEMA SANGUÍNEO (SI SE CONOCE): _____

HISTORIA SOCIAL

CÍRCULO UNO: SOLTERO CASADO DIVORCIADO VIUDO
 LUGAR DE NACIMIENTO: _____
 RESIDENCIA PERMANENTE: _____
 SU OCUPACIÓN ACTUAL O ANTERIOR: _____
 EDAD DEL CÓNYUGE Y OCUPACIÓN ACTUAL O ANTERIOR: _____
 CUÁNTOS AÑOS EN FLORIDA: _____

Alguna vez has fumado tabaco? Si NO Alguna vez has bebido alcohol? Sí NO
 CUÁNTO? _____ CUÁNTO? _____
 CUÁNTO TIEMPO? _____ CON QUÉ FRECUENCIA? _____
 CUANDO DEJAR? _____

Ha estado expuesto a radiación, toxinas, químicos o amianto? Sí NO
 CUÁNDO Y DÓNDE? _____

EXAMEN DE LOS SISTEMAS

Por favor, marque sí o no si alguna vez ha tenido problemas o es un problema actual.

GENERAL:

BUENA SALUD?	NO	SÍ
CAMBIO DE PESO RECIENTE	NO	SÍ
FIEBRES INEXPLICABLES	NO	SÍ
SUDADERAS DE NOCHE	NO	SÍ

PIEL:

PROBLEMAS CUTÁNEOS	NO	SÍ
ICTERICIA	NO	SÍ
SARPULLIDO	NO	SÍ
CÁNCERES DE PIEL	NO	SÍ

CABEZA Y CUELLO:

CATARATAS	NO	SÍ
GLAUCOMA	NO	SÍ
PROBLEMAS SINUSALES	NO	SÍ
RONQUERA	NO	SÍ
DOLORES DE CABEZA	NO	SÍ
DIFICULTAD PARA TRAGAR	NO	SÍ

ENDOCRINO:

PROBLEMAS DE TIROIDES	NO	SÍ
DIABETES	NO	SÍ
PÍLDORAS ANTICONCEPTIVAS	NO	SÍ
REEMPLAZO DE ESTRÓGENO	NO	SÍ

RESPIRATORIO:

NEUMONÍA	NO	SÍ
TUBERCULOSIS	NO	SÍ
TOS SANGUÍNEA	NO	SÍ
TOS CRÓNICA	NO	SÍ
ASMA	NO	SÍ
ENFISEMA	NO	SÍ
DIFICULTAD PARA RESPIRAR	NO	SÍ

CARDIOVASCULAR:

ATAQUES CARDÍACOS	NO	SÍ
DOLOR TORÁCICO/ANGINA	NO	SÍ
HIPERTENSIÓN	NO	SÍ
HINCHAZÓN DE LAS PIERNAS	NO	SÍ
NOCHE SOFOCANTE	NO	SÍ
FIEBRE REUMÁTICA	NO	SÍ
RITMO ANORMAL	NO	SÍ
COLESTEROL ANORMAL	NO	SÍ

GASTROINTESTINAL:

ESTREÑIMIENTO	NO	SÍ
DIARREA	NO	SÍ
VÓMITO	NO	SÍ
VÓMITO DE SANGRE	NO	SÍ
ÚLCERA	NO	SÍ
HEMORRAGIA RECTAL	NO	SÍ
ÍPROBLEMA DE VESÍCULA BILIAR	NO	SÍ
HEPATITIS	NO	SÍ
ACIDEZ ESTOMACAL	NO	SÍ
HECES NEGRAS	NO	SÍ
CAMBIO EN LOS HÁBITOS INTESTINALES	NO	SÍ
TABURETES CON FORMA DE LÁPIZ	NO	SÍ
CALAMBRES	NO	SÍ
HEMORROIDES	NO	SÍ

GENITOURINARIO

PÉRDIDA DE ORINA	NO	SÍ
MICCIÓN FRECUENTE	NO	SÍ
MICCIÓN ARDIENTE	NO	SÍ
MICCIÓN DOLOROSA	NO	SÍ
SANGRE EN LA ORINA	NO	SÍ
PROBLEMA RENAL	NO	SÍ
CÁLCULOS RENALES	NO	SÍ
DIÁLISIS	NO	SÍ

NEUROLÓGICO:

TRAZO	NO	SÍ
CONVULSIONES	NO	SÍ
DESMAYOS	NO	SÍ
PARÁLISIS	NO	SÍ
MAREOS	NO	SÍ
PÉRDIDA DE MEMORIA	NO	SÍ
CONFUSIÓN	NO	SÍ

MUSCULOESQUELÉTICO

DOLOR ARTICULAR	NO	SÍ
DOLOR ÓSEO	NO	SÍ
ARTRITIS	NO	SÍ
GOTA	NO	SÍ
OSTEOPOROSIS	NO	SÍ

