

**Buffalo Otolaryngology Group, P.C.**

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**¿Qué problema de oído, nariz o garganta lo trae a nuestro consultorio hoy?** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Medicamentos para alergias: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Otras alergias: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Medicamentos recetados que toma actualmente:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Vitaminas/Medicamentos no recetados que toma actualmente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Cirugías que ha tenido:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Historia social:**

¿Usted usa tabaco? SÍ NO

Paquetes por día: \_\_\_\_\_ # de años: \_\_\_\_\_

¿Usted consume bebidas alcohólicas? SÍ NO

Estatura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_

**Condiciones médicas presentes o pasadas:**

Diabetes SÍ NO

Cáncer SÍ NO

En caso afirmativo, ¿dónde? \_\_\_\_\_

Migrañas SÍ NO

Problemas neurológicos SÍ NO

**Condiciones médicas presentes o pasadas:**

Riñones SÍ NO

Hematomas con facilidad SÍ NO

y excesivamente SÍ NO

Apnea del sueño SÍ NO

Vejiga SÍ NO

Tiroides SÍ NO

Estómago SÍ NO

Intestinal SÍ NO

Problemas de coagulación SÍ NO

Problemas de sangre SÍ NO

Problemas de hígado SÍ NO

Hepatitis SÍ NO

Visión SÍ NO

Derrame cerebral SÍ NO

Corazón SÍ NO

Presión arterial elevada SÍ NO

Prolapso de la válvula mitral SÍ NO

Problemas pulmonares SÍ NO

Asma/Bronquitis SÍ NO

Migraña SÍ NO

Problemas neurológicos SÍ NO

¿Cualquier condición médica no mencionada anteriormente? SÍ NO

Si es así, explique: \_\_\_\_\_

**Antecedentes Familiares:**

Pérdida de audición SÍ NO

Cirugía de oído SÍ NO

Alergias SÍ NO

Problemas de sangrado SÍ NO

Problemas de anestesia SÍ NO

Yo he leído las preguntas anteriores y las he contestado verazmente y en la mejor forma posible.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente/padre/guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Testigo

<b><u>Para uso de la oficina solamente:</u></b>	
<b><u>Historias actualizadas</u></b>	

