





¿Alguno de tus familiares ha tenido problemas con la anestesia?  Sí  No

¿Crees que puedes estar embarazada?  Sí  No

Número de bebidas alcohólicas consumidas diariamente: \_\_\_\_

Fecha de la última mamografía: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
MM DD AAAA

**Historia Quirúrgica Pasada**

Cirujia	Año	Cirujano

**Revisión de Sistemas**

Tiene o ha tenido algún problema con:

	S	N	S	N
Problemas cardíacos, presión arterial alta			Problemas tiroideos	
Problemas cardíacos, presión arterial alta			Convulsiones / convulsiones	
Diabetes			Problemas de riñon	
Problemas de hígado, ictericia, hepatitis			Problemas de la piel	
Dolores de cabeza crónicos			Fiebre reumática	
Dolor de cuello, piernas o espalda			Cicatrices queloides	
<b>Problemas de mama, secreción, biopsia de mama, cáncer</b>			<b>Coágulos de sangre</b>	
Desmayo			Problemas estomacales o intestinales	
Glaucoma			Problemas psiquiátricos, depresión, ansiedad.	
Cáncer			Lupus, artritis reumatoide	
Trastornos hemorrágicos			<b>Abortos espontáneos (enumere cuántos si es así)</b>	

Por favor explique cualquier respuesta marcada "Sí" arriba:

\_\_\_\_\_

Enumere cualquier afección médica que tenga: \_\_\_\_\_

¿Alguna historia familiar de enfermedad significativa como coágulo de sangre, diabetes, enfermedad cardíaca, melanoma, hipertermia maligna? \_\_\_\_\_

*Certifico que la información anterior es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento.*

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Tannan Plastic Surgery**

10208 Cerny St, Suite 204, Raleigh, NC 27617

(919) 797-0996 [www.tannanmd.com](http://www.tannanmd.com) [info@tannanmd.com](mailto:info@tannanmd.com)

