



### Cuestionario de uso significativo

Last Updated by: Aimie Redding

#### Información Personal

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

MRN: \_\_\_\_\_

Altura: \_\_\_\_\_

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

#### Por favor compruebe la respuesta adecuada:

Sexo:  Femenino  Masculino

Raza:  Blanco Anglo  Asia  American Indio/nativo de Alaska  
 Afroamericanos  Black  Hawaiano/isleños del Pacífico  
 Reducido para responder

Etnicidad:  Hispano Latino no hispano o latino  Reducido para responder

Idioma preferido:  English  Español  Francés  Rusia  
 Japonés  Hebreo  Alemán

Tabaquismo/fuma (para los mayores de 13 años):  Nunca  Reducido  
 Fuma todos los días  Abecés  Ex fumador

#### Historia de la Medicina

##### Medicamentos

Toma cualquiera de estos medicamentos?

- Ninguno  Tomo medicamentos, pero no tengo la dosis
- Metformina Dosis: \_\_\_\_\_  Aspirina Dosis: \_\_\_\_\_
- Coumadin (warfarina) Dosis: \_\_\_\_\_  Cytome (medicamento) Dosis: \_\_\_\_\_
- Amiodarona Dosis: \_\_\_\_\_  PTU (El propiltiouracilo) Dosis: \_\_\_\_\_
- Heparina Dosis: \_\_\_\_\_  Lugol (yodo) Dosis: \_\_\_\_\_
- Tapazole Dosis: \_\_\_\_\_  Metimazol Dosis: \_\_\_\_\_
- Synthroid Dosis: \_\_\_\_\_  Tíroxina Dosis: \_\_\_\_\_
- Levoxyl Dosis: \_\_\_\_\_  Levotiroxina Dosis: \_\_\_\_\_



**Las Alergias**

¿Tiene alguna de estas alergias conocidas?

Ninguno

Betadine, por favor escriba la reacción, si hubo: \_\_\_\_\_

Lidocaína, por favor escriba la reacción, si hubo: \_\_\_\_\_

Cinta adhesiva, por favor escriba la reacción, en su caso: \_\_\_\_\_

Yodo, por favor escriba reacción, si hubo: \_\_\_\_\_

Penicilina, por favor escriba la reacción, si hubo: \_\_\_\_\_

**Condiciones Médicas**

¿Tiene alguna de estas enfermedades conocidas?

Ninguno

Asma

Diabetes Tipo I Tipo II

Renal (Enfermedad de los riñones)

Hipertensión (alta presión)

Reacción al látex

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o Tutor Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Relación al paciente