

# Historia médica del paciente

Envía este formulario completo a tu coordinadora al menos 2 semanas antes de tu cirugía. Tu cirujano lo revisa antes de tu videoconsulta médica. Imprime y llena a mano, luego escanea o toma foto y mándalo a tu coordinadora Wellum por WhatsApp.

## 1. Identificación del paciente

Nombre legal completo

Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA) Sexo al nacer

Estatura

Peso

Teléfono (¿con WhatsApp? Sí/No)

País y ciudad de residencia

Email

Contacto de emergencia: nombre + teléfono + parentesco

## 2. Procedimiento que estás considerando

Procedimiento(s) que consideras

Cirujano con el que has hablado (si aplica)

## 3. Alergias

Alergias a medicamentos (penicilina, sulfas, etc.) — lista:

Otras alergias (látex, comida, materiales) — lista:

¿Tú o un familiar han tenido reacción adversa a anestesia? Sí / No — Si sí, describe:

## 4. Medicamentos y suplementos actuales

Incluye prescritos, OTC, vitaminas, herbales.

Medication / supplement	Dose	Frequency

## 5. Condiciones médicas

Marca cualquier condición que tengas o hayas tenido:

- |                                                             |                                            |                                                   |
|-------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca / hipertensión | <input type="checkbox"/> Diabetes          | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal         |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad hepática                | <input type="checkbox"/> Asma / EPOC       | <input type="checkbox"/> Trastorno tiroideo       |
| <input type="checkbox"/> Trastorno de coagulación           | <input type="checkbox"/> Coágulos (TVP/EP) | <input type="checkbox"/> Cáncer (actual o previo) |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad autoinmune              | <input type="checkbox"/> Apnea del sueño   | <input type="checkbox"/> Depresión / ansiedad     |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis / VIH                    | <input type="checkbox"/> Infección activa  | <input type="checkbox"/> Hospitalización reciente |

# Historia médica del paciente — página 2

## 6. Cirugías previas

Año	Tipo de cirugía	Hospital / Ciudad	¿Complicaciones? (Sí/No)

## 7. Estilo de vida

Tabaquismo

Nunca

Actual — años-cajetilla: \_\_\_\_\_

Anterior — año dejé: \_\_\_\_\_

Alcohol — bebidas por semana:

Si aplica, estado de embarazo:

No aplica

Embarazada

Buscando embarazo

## 8. Objetivos y preocupaciones

¿Qué esperas lograr? ¿Preocupaciones específicas?

---



---



---

## 9. Documentos que envió con este formulario

Estudios de laboratorio recientes

Imagenología reciente (radiografía, MRI, CT)

EKG (si tienes historial cardíaco)

Fotos clínicas (procedimientos estéticos)

Reportes de cirugías previas

Otros documentos médicos

## 10. Firma

Confirmo que la información anterior es exacta a mi mejor conocimiento.

Firma del paciente

Fecha

---