

## Antecedentes médicos

Alteraciones de la coagulación sang:	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no
Anemia:	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no
Infarto de miocardio:	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no
Angina de pecho:	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no
Enfermedad cardíaca congénita:	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no
Enfermedad valvular cardíaca:	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no
Hipertensión arterial:	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no
Arritmia cardíaca:	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no
Descompensación cardíaca:	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no
Mucoviscidosis:	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no
Insuficiencia pulmonar grave:	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no
Asma:	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no
Insuficiencia renal:	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no
Cálculos renales:	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no
Insuficiencia hepática (hígado):	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no
Úlcera gástrica o duodenal:	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no
Enfermedad de WHIPPLE:	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no
Diabetes:	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no
Leucemia:	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no
Hipotiroidismo:	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no
Hipertiroidismo:	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no
Esclerosis múltiple:	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no
Poliomielitis:	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no
Epilepsia:	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no
Daño cerebral:	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no
Miopatía (músculos):	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no
Miastenia:	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no
Daño de la médula espinal:	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no
Tumor o malformación bucal:	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no
Tumor laríngeo:	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no
Sordera (sordo):	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no
Ceguera (ciego):	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no
Enucleación de globo ocular (Tuerto):	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no
Alalia (mudo):	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no
Glaucoma (hipertensión ocular):	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no
Prostatismo:	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no
Malaria:	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no
Hepatitis vírica:	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no
SIDA:	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no
Tuberculosis:	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no
Otra enfermedad: .....				

## Toxicomanía(s)

Tabaco:	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no	Otras: .....
Alcohol:	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no	.....
Café:	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no	.....

## Antecedentes quirúrgicos

Intervención cerebral:	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no	Enfermedad congénita operada:	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no
Tumor cerebral:	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no	Obstrucción carotídea:	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no
Aneurisma cerebral:	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no	"Stent" coronario:	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no
Traumatismo cerebral:	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no	Dilatación coronaria:	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no
Hemorragia cerebral:	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no	Pneumectomía parcial:	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no
"By-Pass" coronario:	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no	Pneumectomía total:	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no
Trasplante cardíaco:	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no	Gastrectomía parcial:	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no
Valvuloplastia cardíaca:	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no	Gastrectomía total:	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no
Sustitución valvular cardíaca:	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no	Nefrectomía total:	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no

## Antecedentes quirúrgicos ...

Colecistectomía:	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no	Implante de morfina a bombeo:	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no
Aneurisma de aorta torácica:	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no	Implante estimulador nervioso:	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no
Aneurisma de aorta abdominal:	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no	Derivación ventricular cerebral:	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no
"Carrefour" de la aorta abdominal:	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no	Fístula arterio-venosa:	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no
Histerectomía:	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no	Esplenectomía (bazo):	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no
Cistectomía (vesícula):	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no	Cesárea:	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no
Apendicectomía:	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no	Trasplante de hígado:	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no
Colectomía (intestino grueso):	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no	Trasplante renal:	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no
Duodenopancreatectomía:	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no	Trasplante de corazón y pulmón:	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no
Tumor óseo:	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no	Amputación de miembro:	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no
Hernia discal:	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no	(dedo, mano, antebrazo, brazo, dedo del pie, pie, pierna, muslo)				
Fractura de columna:	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no	Otros: .....				
Tumor esofágico:	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no	.....				
Cataratas:	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no	.....				
Marcapasos cardíaco:	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no	.....				
Tipo de marcapasos: .....					.....				

## Tratamientos farmacológicos en curso

Anticoagulantes:	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no	Insulina:	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no
Antiagregantes plaquetarios:	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no	Antidiabéticos orales:	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no
Antiarrítmicos:	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no	Antiulcerosos:	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no
Antihipertensivos:	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no	Morfina o derivados:	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no
Betabloqueantes:	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no	Antiinflamatorios:	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no
Digitálicos:	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no	Inmunodepresores:	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no
Derivados nitrogenados:	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no	Antimiasténicos:	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no
Broncodilatadores:	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no	Antabus (disulfiram):	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no
Oxígeno (intermitente/permanente):	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no	Benzodiazepinas:	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no
Antidepresivos tricíclicos:	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no	Teofilina:	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no
Antidepresivos IMAO:	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no	Litio:	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no
Antiepilépticos:	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no	Metadona:	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no
Barbitúricos:	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no	Hormonas suprarrenales:	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no
Cortisona o derivados:	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no	Hormonas hipofisarias:	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no
Hormonas tiroideas:	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no	Medicamentos actuales: .....				
					.....				

## Tratamiento de larga duración seguidos actualmente

Radioterapia anticancerosa:	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no	Diálisis renal crónica	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no
Quimioterapia anticancerosa:	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no	Otros: .....				
Tratamientos paliativos:	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no	.....				
					.....				

## Vacunas por orden hasta la fecha de este cuestionario

Tétanos:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiebre amarilla:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Difteria:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cólera:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tos ferina:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiebre tifoidea:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poliomielitis:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rabia:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Varicela:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otros: .....							
Sarampión:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....							
Rubeola:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....							
Paperas:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....							
Hepatitis A:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....							
Hepatitis B:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....							
Pneumococo:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....							
Meningococo:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....							
Hemophilus Influenzae:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....							

