

# CUESTIONARIO

Antes de tener una cita, por favor completar las preguntas a continuación:

## ----- INFORMACIÓN GENERAL -----

Nombre:

(como en el pasaporte)

Apellido:

(como en el pasaporte)

Sexo de nacimiento:

Genero Actual:

Sobrenombres:

Idioma preferido:

Nacionalidad:

Pasaporte:

O documento de viaje

Fecha de Nacimiento:

Dirección actual:

Número de teléfono:

(con código de país)

Correo electrónico:

Tu ID de Skype:

Peso:

(especificar kilogramos o libras)

Altura:

(especificar cm o pulgadas)

Persona a contactar en caso de emergencia:

Nombre:

Número de teléfono:

Correo electrónico:

Dirección:

## ----- MEDICAL HISTORY -----

¿Se sometió a un procedimiento quirúrgico desde el día de su nacimiento? Si                      No

Si es afirmativo, explicar:

¿Tuvo un problema con anestesia o un miembro de su familia tuvo un problema con anestesia? Si                      No

¿Tenía o tiene problemas pulmonares? (como asma u otras dificultades respiratorias) Si                      No

Si es afirmativo, explicar:

¿Problemas del corazón?	Si	No
Si es afirmativo, explicar:		
¿Diabetes o problemas de azúcar en sangre?	Si	No
Si es afirmativo, explicar:		
¿Problemas tiroideos?	Si	No
Si es afirmativo, explicar:		
¿Problemas de presión arterial?	Si	No
Si es afirmativo, explicar:		
¿Le han diagnosticado trombosis venosa profunda?	Si	No
Si es afirmativo, explicar:		
¿Le han diagnosticado hipotermia maligna?	Si	No
Si es afirmativo, explicar:		
¿Historia previa o actual de cáncer?	Si	No
Si es afirmativo, explicar:		
¿Problemas de riñón?	Si	No
Si es afirmativo, explicar:		
¿Problemas de hígado?	Si	No
Si es afirmativo, explicar:		
¿Tiene algún trastorno sanguíneo, como sangrado o problemas de coagulación?	Si	No

¿Tiene hepatitis B, hepatitis C o es VIH +?	Si	No
¿Ha tomado alguna vez un inhibidor de la MAO como Nardil, Marplan o Parnate?	Si	No
Si es afirmativo, ¿cuál y cuándo fue la última dosis?		
¿Ha tomado alguna vez un anticoagulante como Coumadin, Heparin o una aspirina diaria u otros anticoagulantes?	Si	No
Si es afirmativo ¿cuál y cuándo fue la última dosis?		
¿Ha recibido atención médica en los últimos 12 meses?	Si	No
Si es afirmativo, cuándo y por qué:		
¿Ha tenido una cirugía para bajar de peso?	Si	No
Si es afirmativo, cuándo, qué procedimiento, cuánto peso perdió:		
¿Ha tenido alguna cirugía de algún tipo anteriormente?	Si	No
Si es afirmativo, enumere los procedimientos y la fecha en que se realizaron:		
¿Tiene implantes u objetos metálicos en su cuerpo?	Si	No
Si es afirmativo, explicar:		
¿Forma queloides o tiene alguna dificultad para cicatrizar o cicatrizar?	Si	No
¿Es alérgico a algún alimento, medicamento o cualquier otra cosa?	Si	No
Si es afirmativo, explicar:		
¿Ha fumado tabaco alguna vez?	Si	No
¿Cuánto fuma ahora?		

¿Cuándo fue su último cigarrillo o producto de tabaco?

Si No

¿Bebes alcohol?

Si es afirmativa, cuánto y con qué frecuencia:

(ml/día, onzas/semana)

¿Necesita ayuda para caminar?

Si No

¿Ha tenido o tiene alguna condición médica no mencionada anteriormente?

Si No

Si es afirmativa, explicar:

¿Alguna información adicional que su cirujano deba saber, pero no le preguntamos?

Si No

Si es afirmativa, explicar:

¿Ha tenido alguna experiencia traumática durante el año pasado, como un divorcio, la pérdida de un ser querido o estrés extremo?

Si No

¿Ha sufrido alguna vez crisis nerviosas o depresión?

Si No

¿Tiene algún problema neurológico diagnosticado?

Si No

¿Tiene algún problema de dolor físico crónico o fibromialgia?

Si No

## ----- SITUACIÓN MÉDICA ACTUAL -----

¿Qué medicamentos está tomando actualmente?

enumere todos y las dosis

¿Qué vitaminas u otros suplementos nutricionales está tomando actualmente?

enumere todos y las dosis

¿Está tomando algún tipo de antidepresivo?

Si No

¿Tiene la presión arterial alta?

Si No

Si es afirmativo, indique el medicamento e informe los detalles

¿Cuál fue su última lectura de presión arterial?

----- SOBRE SUS EXPECTATIVAS DE LA CIRUGÍA -----

¿Qué resultados específicos espera?

Preguntas para el cirujano:

¿Se ha dado cuenta de los riesgos que implica la cirugía que desea?

¿Te has dado cuenta de todas las posibles complicaciones que pueden surgir de la cirugía que deseas?

-----  
Cuestionario específico para:  
Erección para faloplastia / ZSI 475 FTM o ZSI 100 FTM

Fecha del procedimiento de faloplastia:

-----  
Carta del médico psiquiatra para proporcionar