

NOMBRE: _____

Graybill Medical Group
225 E. Second Avenue
Escondido, CA 92025

FECHA: _____

Cuestionario de Alergias al Latex

(5).....1. ¿Alguna vez ha tenido una reacción anafiláctica a productos de latex?.....SI NO

(1).....2. ¿Tiene alguna de las siguientes condiciones:
Spina bifida, myeloma, myelodysplasia?.....SI NO

(*).....3. ¿Alguna vez a tenido una reacción a alguna fuente personal de latex?
Si su respuesta es SI por favor circule:

- | | | |
|---------------------------|--------------------------|-------------------------------|
| globos | guantes de goma | sintomas, brazieres, tirantes |
| artefacto | anticonceptivo latex | puños, pretina de elastico |
| borradores | mascara para la cara | productos de hule |
| botellas de agua caliente | ligas de goma, pelotas | bolsas de ostomi a |
| almohadas de espuma | botellas de bebe, chupon | calzado |
| chupete para los dientes | bendas de elastico | |

(4)..... ¿Si marco "SI" a la pregunta #3 arriba, tuvo alguna de las siguientes reacciones? SI NO
jadear/falta de respiración contacto inmediato con el producto (urticaria)
pecho apretado

(*)..... Si su respuesta es "SI" a lo siguiente eso puede indicar sensibilidad potente al latex.
escurrimiento nasal/congestión hinchazón
comezón, (manos o ojos) manos partidas

(*).....4. ¿Tiene alergias a las siguientes comidas? SI NO
aguacates papas kiwi papaya
platanos nueces durazno tomates

(3)..... ¿Si marco "SI" a la pregunta #4 arriba, tuvo alguna de las siguientes reacciones? SI NO
jadear/falta de respiración contacto inmediato a la fruta (urticaria)
pecho apretado

(*)..... Si su respuesta es "SI" a lo siguiente eso puede indicar sensibilidad potente al latex.
escurrimiento nasal/congestión hinchazón
comezón, (manos o ojos) manos partidas

(1).....5. Tuvo sirugias multiples de niño? SI NO

(1)....6a. Es usted cuidadora de pacientes y repetidamente se expone a productos que contienen latex? SI NO
Si su respuesta es "SI" a que producto(s) esta repetidamente expuesta _____

(1)....6b. Si trabaja en una fabrica, fabrican productos de hule o de contenido latex? SI NO
Si su respuesta es "SI" que producto(s) fabrican? _____

MAXIMUM SCORE POSSIBLE: 16-4 OR BELOW complete #1A & 1B

1. TOTAL SCORE _____

If 5 or ABOVE, complete #2 & 3 AND INITIATE LATEX PRECAUTIONS

If 4 or BELOW and "YES" ANSWERS are marked for SENSITIVITY-questions 3 & 4:

1a. PHYSICIAN(S) NOTIFIED YES (name of MD/Time) NO

1b. Does Physician wants to initiate LATEX PRECAUTIONS? YES NO

If 5 or above continue the following questions

2. Identification of patient and room:

LATEX added to allergy computer screen? Yes Patient banded with "LATEX PRECAUTIONS" armband. NO

LATEX PRECAUTIONS sticker Yes- on door Yes- on bed Yes-on wall Yes- on chart

KARDEX marked with "LATEX PRECAUTIONS" Yes

3. Physician(s) Notified: Patient placed on "LATEX PRECAUTIONS" (Name of MD/Time) _____

RN/LVN/RT/PT/OT/MA

Date _____




TB CONSENT FORM (SPANISH)

Preguntas para Los Pacientes Acerca De La Tuberculosis

Fecha: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre: _____

- | | SI | NO |
|--|-------|-------|
| 1. ¿Ha tenido usted Tuberculosis? | _____ | _____ |
| 2. ¿Vive Ud. con alguien que ha tenido Tuberculosis en los últimos 2 años? | _____ | _____ |
| 3. ¿Ha tenido tos persistente y fiebre por más de 2 semanas? | _____ | _____ |
| 4. ¿Ha tenido tos persistente y sudores nocturnos por más de 2 semanas? | _____ | _____ |
| 5. ¿Ha tenido tos persistente y ha perdido apetito por más de 2 semanas? | _____ | _____ |
| 6. ¿Ha estado tosiendo o escupiendo flema con sangre? | _____ | _____ |



**Graybill Medical
Group, Inc.**

Fecha _____

Nombre del
Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

HISTORIA PROPIA

Historia Me_dica Año	Enfermedad	Comentarios
Historia Quiru_rgica Fecha de Operacio_n	Operacio_n	Comentarios
Historia Diagno_stica Fecha de la prueba	Pruebas de: CT Scan, MRI, Rayos X, Ultrasonido, o Angiogramas	Resultados

Ve a el Reverso

Historia Social:

Fecha de Nacimiento _____

Residencia _____

Lugar en donde Nacio _____

Religio_n

Educacio_n _____ Servicio Militar _____

Ocupacio_n _____

Viaje al Extranjero recientemente _____

Estado Civil ____ Años Casado(a) _____ Aniversario _____

Salud de
Esposo(a) _____

Orientacio_n sexual _____ Anticonceptivo _____

Tabaco O Si O No O Anteriormente (año que dejo de fumar _____) Paquetes por
di_a _____ Años fumando _____

Alcohol O Si O No Cantidad por di_a _____ Año que dejo de tomar _____

Cafei_na O Si O No Cantidad por di_a _____

Drogas Ilicitas O Si O No Anteriormente O Año que dejo de usar _____

Ejercicio _____

Recreaci_on _____

Contesta Si o No a lo siguiente:

Seguridad Arma de fuego en casa? ____ Usa cinturon? ____ Se expone al sol ____
Detector de humo en casa? ____ Detector de monoxido de carbono en casa? ____

AVANCE DIRECTIVO: Ninguno __ DNR(no resusitar) ____ Testamento ____

Alergias: () No () Si Si tiene alergias favor de anotar y la reaccio_n.

Physician (Signature) _____ reviewed and
approved this form for record input on **Date** _____.