

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