

# Autogestión ambulatorios: pacientes en general

## SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL - FORM AUX

Por favor conteste los siguiente marcando

SI o NO con una X:

**Pegar Etiqueta Identificadora**

¿Padece Ud. de Hipertensión Arterial? SI  NO   
¿Padece Ud. de alergia? SI  NO

¿A qué? \_\_\_\_\_

¿Tiene Ud. útero actualmente? SI  NO   
¿Ha tenido embarazos anteriormente? SI  NO   
¿Cuántos embarazos tuvo? \_\_\_\_\_  
¿Tuvo embarazos y/o partos con problemas de incompatibilidad sanguínea con sus hijos? SI  NO   
¿Alguno de sus hijos recibió transfusiones al nacer? SI  NO   
¿Perdió algún embarazo? SI  NO   
**¿Alguna vez recibió transfusiones?** SI  NO   
¿Cuándo? \_\_\_\_\_  
¿Alguna vez se operó de algo? SI  NO   
¿De qué? \_\_\_\_\_  
¿Alguna vez le diagnosticaron Cáncer? SI  NO   
¿Qué tipo de Cáncer? \_\_\_\_\_

• Si Ud. se va a operar por favor conteste lo siguiente:

¿Se va a operar en esta institución? SI  NO   
¿De qué se va a operar? \_\_\_\_\_  
¿Quién lo va a operar? Dr. \_\_\_\_\_  
¿Recibe o recibió tratamiento con Quimioterapia y/o Radioterapia antes de esta cirugía? SI  NO

Muchas gracias.

### PARA SER COMPLETADO POR PERSONAL DE LA INSTITUCIÓN

Motivo del estudio: \_\_\_\_\_  
 Grupo y RH       PCD(\*)       PCI (\*)       Reserva de HC:  
 Grupo, RH y DAI       Crioaglutininas(\*)       Transfusión programada \_\_\_\_\_  
 Perinatal       Titulación(\*)

(\*) Siempre se deberá complementar con: GS, RH y DAI.