

CUESTIONARIO PRE-ANESTESIA

Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____

Edad: _____ ¿fecha de nacimiento? _____ Procedimiento: _____

Acepto no consumir nada por la boca después de la medianoche la noche anterior a mi cirugía a menos que se me haya indicado.

1. () Si () No ¿Es este tu primer anestésico?
2. () Si () No ¿Ha tenido problemas anteriormente con la anestesia? Especifique: _____
3. () Si () No ¿Miembros de tu familia han tenido problemas con anestesia? Especifique: _____
4. () Si () No ¿Si es mujer, está en su periodo?
5. () Si () No ¿Usando un tampón?
6. () Si () No ¿Esta o podría estar embarazada?

TIENE O HA TENIDO:

1. () Si () No ¿Enfermedades cardiacas incluyendo soplo cardiaco, marcapasos, cirugía de bypass, prolapso de la válvula mitral, latido irregular?
2. () Si () No ¿Alta presión?
3. () Si () No ¿Enfermedad pulmonar?
4. () Si () No ¿Asma?
5. () Si () No ¿Enfermedad de los riñones? Especifica: _____
6. () Si () No ¿Enfermedad del Hígado/Hepatitis?
7. () Si () No ¿Ictericia (color amarillento de la piel y los ojos)? Especifique: _____
8. () Si () No ¿Diabetes?
9. () Si () No ¿Epilepsia/Convulsiones? ¿Problemas neurológicos?
10. () Si () No ¿Problemas con la tiroides o bocio?
11. () Si () No ¿Problemas o enfermedades intestinales o del colon? Especifique: _____
12. () Si () No ¿Dolor de pecho?
13. () Si () No ¿falta de aliento?
14. () Si () No ¿Toz crónica?
15. () Si () No ¿Problemas de espalda? Especifique: _____
16. () Si () No ¿Problemas de cuello? Especifique: _____
17. () Si () No ¿Debilidad Muscular?
18. () Si () No ¿Portador de una enfermedad contagiosa en el presente o pasado? Especifique: _____
19. () Si () No ¿anormalidades de sangrado o coagulación? Especifique: _____
20. () Si () No ¿Cirugía de la nariz, huesos rotos en su cara o espalda? Especifique: _____
21. () Si () No ¿Transfusiones sanguíneas?
22. () Si () No ¿radiografía anormal del pecho?
23. () Si () No ¿Electrocardiograma anormal?
24. () Si () No ¿Expuesto a alguna enfermedad transmisible en las últimas 3 semanas? Explique: _____
25. () Si () No ¿Alergias? Especifique: _____
26. () Si () No ¿Toma Alcohol? ¿Qué tanto? _____
27. () Si () No ¿Pérdida de peso reciente? ¿Cuánto perdió? _____
28. ¿Cuál es su estatura? _____ ¿Peso actual? _____ ¿Edad? _____
29. () Si () No ¿Fuma o ha fumado? Cantidad por día: _____
30. () Si () No ¿Esta en una dieta especifica o pastillas dietéticas? Especifique: _____
31. () Si () No ¿Está tomando algún medicamento diario? Especifique: _____
32. () Si () No ¿Ha tomado medicina como cortisona o esteroides durante este año?
33. () Si () No ¿Usa gotas de ojos? Especifique: _____
34. () Si () No ¿Tiene glaucoma?
35. () Si () No ¿Tiene problema frecuente con acides, reflujo esofágico, indigestión frecuente, o hernia?

36. **USTED TIENE ALOGO DE LO SIGUIENTE:**
 () Dentaduras () Dentaduras parciales () Puente dental permanente () Fundas dentales

USA ALGO DE LO SIGUIENTE:
 () Lentes de contacto () Pestañas postizas () Peluca /peluquín () Aparato del oido

Lista de problemas médicos o quirúrgicos: _____

Lista de cirugías previas: _____

Firma del paciente/padre: _____

Firma del anesthesiologo: _____ Fecha: _____